

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ШОВА
НАТАЛЬЯ ИГОРЕВНА

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ)

Специальность:

14.01.06. - психиатрия

14.01.11 - нервные болезни

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель по специальности
психиатрия:

доктор медицинских наук, профессор
Попов Юрий Васильевич

Научный руководитель по специальности
нервные болезни:

доктор медицинских наук
Михайлов Владимир Алексеевич

Санкт-Петербург
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	21
а) Современное состояние проблемы изучения суицидального поведения	21
1.2 Особенности непсихотических психических расстройств у пациентов, страдающих эпилепсией	27
1.3 Возможные факторы риска развития суицидального поведения у пациентов с эпилепсией	34
ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	42
2.1 Общая характеристика материала исследования, критерии включения и исключения	42
2.2 Методы исследования	46
2.2.1 Оценка клинико-неврологического статуса	46
2.2.2 Шкалы и опросники использованные для оценки степени сформированности суицидальных намерений	46
2.2.3 Шкалы и опросники используемые для определения структуры, степени тяжести и выраженности психопатологической симптоматики	48
2.2.4 Шкалы и опросники, используемые для оценки семейных взаимоотношений (с позиции больного эпилепсией)	49
2.2.5 Психологическая диагностика отношения к болезни	50
2.2.6 Исследование качества жизни больных эпилепсией	50
2.2.7 Методы нейрофизиологического обследования	51

2.2.8 Метод МРТ головного мозга	51
2.3 Статистическая обработка	52
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО–ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ	54
3.1 Анализ социально-демографических характеристик пациентов с суицидальным поведением и пациентов без суицидальной активности	54
3.2 Анализ клинико-анамнестических и клинико- психопатологических особенностей пациентов	61
3.2.1. Сравнительная характеристика отягощенности наследственности психопатологией и суицидальным поведением	61
3.2.2. Сравнительная характеристика особенностей жалоб и анамнеза жизни пациентов	67
3.2.3 Сравнительная характеристика параметров основного заболевания и психопатологического статуса	75
3.2.4 Сравнительная характеристика антиэпилептической терапии	88
3.3 Результаты параклинических обследований больных	91
3.3.1 Результаты МРТ головного мозга у обследуемых больных	91
3.3.2 Результаты ЭЭГ– исследования у обследуемых больных	96
3.4 Результаты оценки суицидального риска и антисуицидальных мотивов больных эпилепсией	102
3.4.1 Сравнительная характеристика антисуицидальных мотивов	102
3.4.2 Сравнительная характеристика суицидального риска	107
3.5 Анализ структуры, степени тяжести и выраженности психопатологической симптоматики по результатам психометрического обследования	110
3.5.1 Сравнительный анализ уровня депрессии, тревоги и безнадежности	110
3.5.2 Сравнительная характеристика выраженности	112

психопатологической симптоматики по результатам психометрического обследования	
3.5.3 Сравнительная характеристика личностных особенностей пациентов по результатам психометрического обследования	116
3.6 Сравнительный анализ семейных взаимоотношений пациентов (с позиции больного эпилепсией)	118
3.7 Сравнительный анализ особенностей отношения к болезни пациентов	120
3.8 Сравнительный анализ качества жизни пациентов	123
3.9 Анализ взаимосвязи социально-демографических, клиничко-анамнестических и клиничко-психологических особенностей пациентов	127
ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	138
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ	169
ВЫВОДЫ	175
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	177
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	178
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	179
ПРИЛОЖЕНИЕ	204

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

MPT – магнитно–резонансная томография

ПАВ – психоактивные вещества

ПН – психологическое насилие

ФН – физическое насилие

ЭЭГ – электроэнцефалография

GSI (General Symptoms Intensive) – индекс тяжести симптомов

HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) – госпитальная шкала
тревоги и депрессии

QOLIE (Quality of Life in Epilepsy) – опросник качества жизни больных
эпилепсией

SCL–90–R (Symptom Check List 90-Revised) – опросник выраженности
психопатологической симптоматики

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Каждое самоубийство это трагедия, которая затрагивает семьи, общины и целые страны и оказывает долгосрочное воздействие на близкое окружение человека, совершившего суицид. Основываясь на данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2014 года (ВОЗ, 2014), каждый год более 800 000 человек различных возрастных групп заканчивают жизнь путем совершения самоубийства. Акты завершённого суицида происходят не только в странах с высоким экономическим уровнем, но и является глобальным явлением во всех регионах мира (ВОЗ, 2017). Таким образом, суицидальное поведение (суицидальные мысли, намерения, высказывания, угрозы, суицидальные попытки) является одной из актуальных проблем здравоохранения в любой стране.

Самоубийство является второй ведущей причиной смерти в молодой трудоспособной возрастной группе от 15 до 29 лет во всем мире (ВОЗ, 2016). В 2012 году 1,4% летальных исходов составил суицид. За последние несколько лет, уровень суицидов в России уменьшился на 44,4%, но в ряде регионов он по-прежнему оценивается как критический (ВОЗ, 2014).

В связи с высокой распространённостью самоубийств в глобальном масштабе, необходима разработка национальных проектов для предотвращения актов суицида с помощью современных, основанных на фактических, доказательных данных.

С целью модернизации работы национальных проектов необходимы всеобъемлющие стратегии предотвращения самоубийств, основанные на выявлении факторов риска формирования суицидального поведения, своевременной коррекции и оптимизации восстановительного лечения.

Неослабевающий интерес исследователей всего мира направлен на выявление и изучение факторов, определяющих риск развития суицидального

поведения. В некоторых исследованиях отмечается, что в структуре факторов риска формирования суицидального поведения больший процент принадлежит состоянию психического здоровья. При этом, расстройства ментальной сферы у суицидентов выявляются от 30 до 90% случаев (Нечипоренко В.В., 2007; Murphy G.E., 1982; Hoyer E.H., 2000, 2004; Clayton, P.J., 2011; Joiner T., 2017; Bachmann S., 2018; Liu B., 2018).

Данные сведения подтверждаются данными о риске суицида при наиболее «опасных» заболеваниях. При эндогенной депрессии выше в 30 раз, шизофрении – в 20 раз, алкоголизме – в 10 раз, эпилепсии – в 4 раза, чем среди здорового населения (Зотов М.В., 2006; Положий Б.С., 2010; Пылаева О.А., 2013; Помников В.Г., 2017; Abraham N., 2019).

Распространенность завершенных суицидов у пациентов, страдающих эпилепсией, в 4 – 5 раз выше, чем в общей популяции (Полянский Д.А., 2003; Киссин М.Я., 2007; Barraclough B., 1997; Mbizvo G.K., 2019). При локализации эпилептогенного очага в височной области риск совершения суицида увеличивается в 25 раз по сравнению с другими формами заболевания, при которых наблюдаются суицидальные намерения. Основными причинами смерти среди больных являются: несовместимая с жизнью травма, полученная в результате падения; нарушения витальных функций как осложнение эпилептического статуса и самоубийства.

Эмоциональные и аффективные расстройства встречаются при эпилепсии в целом чаще, чем в общей популяции. По данным различных авторов, депрессивное расстройство у больных эпилепсией встречается от 10 до 55% случаев. Распространенность депрессии у больных с контролируемым припадками от 3 до 9%, у пациентов без медикаментозного контроля от 20 до 55% (Мангуби В.А., 2003; Kanner A. M., 2002; Pompili M., 2007).

Непсихотические психические расстройства у пациентов, страдающих эпилепсией, могут вызвать обострение и ухудшать контроль над припадками, которые в свою очередь, могут выступать в качестве фактора риска формирования суицидального поведения

Таким образом, большинство современных исследований прежде всего сосредоточены на эмоциональной и аффективной составляющей болезни. Почему люди, страдающие эпилепсией, более склонны к самоубийству, чем «здоровое» население? Это порождает ряд основных вопросов, касаемых роли основного заболевания в данном процессе (его основных клинических характеристик, даже с учетом длительной ремиссии припадков или фармакорезистентности), сопутствующих непсихотических психических и психотических расстройств, нейрорадиологических и нейрофизиологических данных, приёма антиэпилептических препаратов (механизм действия, длительность приема, терапевтическая доза, различные комбинации), социальной адаптации (аутостигматизация, социальная стигматизация) и качества жизни.

Рассмотрение данной тематики в рамках биопсихосоциальной концепции позволит нам выявить определенные характеристики просуицидогенных и протективных факторов и в будущем создать дифференцированные программы первичной профилактики суицидального поведения.

Степень разработанности темы исследования

В России до настоящего времени не проводилось комплексных исследований, посвященных возможным факторам риска формирования суицидального поведения у больных эпилепсией в рамках биопсихосоциального подхода.

Множество современных исследований оценивает определенные составляющие суицидального поведения, в частности депрессивное расстройство или определенные клинические характеристики заболевания, без учета взаимного влияния данных факторов друг на друга (Калинин В.В., 2003; Олина М.В., 2010; Пылаева О.А., 2013). Следовательно, указанная тема исследования является актуальной для здравоохранения в связи с высокой медико-социальной и социально-экономической значимостью и в связи с ее

недостаточной разработанностью в отечественной и зарубежной медицинской науке.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является выявление и изучение факторов риска формирования суицидального поведения среди больных эпилепсией.

Задачи исследования

В соответствии с поставленной целью определены следующие задачи исследования:

1. Изучить социально – средовые характеристики больных эпилепсией с суицидальными мыслями;
2. Изучить и сопоставить клинико – неврологические и клинико - психопатологические характеристики больных эпилепсией в зависимости от наличия суицидальных мыслей;
3. Определить нейрорадиологические и нейрофизиологические изменения, характерные для больных эпилепсией с суицидальными мыслями;
4. Установить протективные факторы в структурированной оценке риска суицидального поведения у лиц, страдающих эпилепсией;
5. Определить и изучить факторы, способствующие формированию антивитальных переживаний у больных эпилепсией.

Объект исследования: пациенты с эпилепсией (G40) различных возрастных групп.

Предмет исследования: факторы риска суицидального поведения у пациентов с эпилепсией различных возрастных групп

Научная новизна

На представленном материале произведено комплексное исследование по выявлению и изучению факторов риска формирования суицидального поведения у больных эпилепсией. Получены данные о достоверных различиях между некоторыми параметрами, также определена взаимосвязь просуицидогенных и протективных факторов.

Впервые у данной категории пациентов подробно исследован суицидологический анамнез, оценены основные параметры суицидального поведения (тип, планируемый способ самоубийства, мотивы, причины, запускающие факторы), выраженность суицидальных тенденций.

Установлены определенные различия в выраженности антисуицидальных факторов, а также их значимость в профилактике суицидального поведения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Полученные данные о типичных социально-демографических, клинических и психологических характеристиках суицидентов, особенностях суицидогенеза и значимости факторов риска и антисуицидальных факторов, позволят психиатрам, неврологам, психотерапевтам, организаторам здравоохранения целенаправленно планировать организационные мероприятия по первичной профилактике суицидального поведения среди данной категории населения.

Методология и методы исследования

Методологической основой диссертационного исследования явилось последовательное применение методов научного познания, базирующегося на фундаментальных основах отечественной и зарубежной психиатрии и медицинской психологии. Работа выполнена на основе принципов доказательной медицины в рамках мультидисциплинарных знаний с

использованием современной терминологии и методов исследования в этой области.

Для достижения поставленной цели и решения изучаемых задач было проведено двухлетнее исследование пациентов, проходивших стационарное обследование в отделении лечения больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией, без суицидальных попыток в анамнезе.

Работа выполнялась с использованием социально-демографического, клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического методов.

На первом этапе осуществлялся набор исследуемого материала. Для этого проводилось скрининговое обследование пациентов, обратившихся за помощью в отделение лечения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Были применены соответствующие критерии включения и невключения. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от наличия актуальных суицидальных намерений, из исследования исключались пациенты с попытками суицида в анамнезе и со значительными самоповреждениями, целью нанесения которых было, переключиться с психической на физическую боль. На момент поступления пациенты получали стабильную антиэпилептическую терапию, прием других психотропных препаратов приводил к исключению из исследования. В соответствии с целью и задачами исследования было проведено комплексное обследование двух групп.

Кроме того, на протяжении первого этапа исследования с каждым пациентом проводилось психологическое интервью и стандартный клинико-неврологический осмотр (сбор жалоб и анамнеза заболевания, дополнительно суицидологический анамнез у пациентов исследуемой группы, неврологический осмотр) после подписания информированного согласия, верифицировано коморбидное психическое расстройство. Выдавался пакет со шкалами и опросниками, после инструктажа пациенту давалось 72 часа на заполнение. Психометрическое обследование проводилось однократно в момент поступления. В рамках стационарного обследования выполнялись

электроэнцефалография и магнитно-резонансная томография головного мозга. Смена схемы терапии проводилась только после завершения первого этапа исследования. Все пациенты в плановом порядке были проконсультированы клиническим психологом с целью верификации ведущего психопатологического комплекса. Пациенты с актуальными суицидальными намерениями в день поступления были осмотрены психиатром с целью определения тяжести состояния и генеза психического расстройства. Из исследования исключались больные с высоким риском совершения суицида и декомпенсацией эндогенного сопутствующего психического расстройства.

На втором этапе исследования проводилась статистическая обработка материала исследования. Параметрические данные оценивались с помощью методов описательной статистики (вычисление средних значений, средних квадратичных отклонений, анализ частот). Достоверность различий между показателями групп исследования оценивалась: для параметрических данных на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических – U-критерия Манна-Уитни и χ^2 -углового преобразования Фишера. Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $p=0,05$. Также нами использовались корреляционный (коэффициент ранговых корреляций Спирмена).

На третьем этапе осуществлялась интерпретация результатов, полученных при статистической обработке исследуемого материала, было проведено обобщение полученных результатов и формулирование выводов исследования.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Пациенты, страдающие эпилепсией с суицидальными мыслями, характеризуются социально неблагоприятным положением в обществе, что проявляется низким уровнем образования, отсутствием работы, дисгармоничными взаимоотношениями в семье, наличием физического и психологического насилия в анамнезе;

2. Среди клинических факторов к просуицидогенным относятся: высокая частота приступов со склонностью к серийности, преимущественно фокальная форма эпилепсии, фармакорезистентность, политерапия, нарушение приема противосудорожных препаратов;

3. Определенные органические изменения центральной нервной системы могут быть представлены в качестве параклинических факторов формирования суицидальных намерений у больных эпилепсией;

4. Снижение выраженности антисуицидальных мотивов способствует повышению риска формирования суицидальных намерений у больных эпилепсией. Наиболее значимыми антисуицидальными факторами являются мотивы, связанные с семьей и уверенность, что пациент сможет справиться со сложной жизненной ситуацией;

5. Формирование суицидальных намерений зависит от целого ряда сопутствующих непсихотических психических и психотических расстройств. Такие клинические и психологические факторы, как наличие депрессивных переживаний, высокий уровень личностной тревожности, аффективности, невротизации, снижение эмоциональной стабильности, ригидность эмоциональных реакций достоверно увеличивает склонность к суицидальным намерениям, ввиду невозможности конструктивного планирования своего будущего. Тип реагирования на заболевание тесно связан с риском развития суицидального поведения больных эпилепсией.

Личный вклад автора

Автор лично проводил сбор и анализ отечественных и зарубежных печатных изданий по теме исследования, разработал форму заполнения данных обследования, определил дизайн работы по набору данных. Автором самостоятельно набраны группы пациентов, проведено клиническое и нейрофизиологическое обследование, осуществлено клинико-психологическое обследование с использованием диагностических шкал и тестов, динамическое

наблюдение течения заболевания. Автором проведены сбор и подготовка материала, анализ данных исследования, их статическая обработка, формулирование выводов и практических рекомендаций. Доля личного участия диссертанта составляют: в получении и накоплении научной информации – 100%; в математико-статистической обработке полученных результатов – до 40%; в обобщении, анализе, интерпретации и внедрении результатов исследований – до 80%.

Степень достоверности результатов исследования

Достоверность полученных результатов подтверждается достаточным количеством наблюдений, объемом выборок и достаточным количеством выполненных наблюдений с использованием современных методов исследований и адекватными методами статистической обработки данных.

Внедрение результатов работы в практику

Результаты исследований используются при проведении лечебно-профилактической работы, а также в циклах учебного центра ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» и различных курационных мероприятиях в медицинских учреждениях Северо – Западного федерального округа.

Заключение этической комиссии

Диссертационное исследование одобрено на заседании Независимого этического комитета при «Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» (протокол этического комитета № 1, от 28 января 2019 года).

Апробация результатов исследования

По материалам диссертации опубликовано 24 печатные работы, из них 9 в ведущих изданиях, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией при Министерстве образования и науки Российской Федерации, из них в 4 изданиях, индексируемых Scopus.

Основные положения диссертационного исследования доложены и обсуждены на:

1. XI Всероссийский съезд неврологов. IV Конгресс национальной ассоциации по борьбе с инсультом (Санкт-Петербург, 2019);
2. XVIII Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» (Санкт-Петербург, 2019);
3. Юбилейная научно-практической конференции с российским и международным участием: «Ратнеровские чтения». Неврология как искусство. Междисциплинарный диалог (Казань, 2019);
4. Научно-практическая конференция «Школа неврологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного Федерального округа РФ». «Инновации в клинической неврологии» (Санкт-Петербург, 2019);
5. Научно-практическая конференция «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход» (Санкт-Петербург, 2019);
6. Конгресс с международным участием XXI «Давиденковские чтения» (Санкт-Петербург, 2019);
7. Международный конгресс «Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств» (Санкт-Петербург, 2019);
8. Первый форум по предотвращению суицидов «скажи жизни ДА!» - IV научно-практическая конференция «Суицидология - актуальные проблемы, вызовы и современные решения» (Санкт-Петербург, 2019);
9. 27 Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» (Санкт-Петербург, 2019);

10. Вебинар, посвященный Всемирному дню предотвращения самоубийств «Вместе в будущее» (Санкт–Петербург, 09.09.2020);

11. Региональная научно-практическая конференция в Северо–Западном федеральном округе «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход» (Калининград, 15.10.2020);

12. 14th World Congress on Controversies in Neurology (London, 29.10. – 01.11.2020);

13. Всероссийская научно–практическая конференция Дегенеративные и сосудистые заболевания нервной системы посвященной 160–летию со дня основания кафедры нервных и душевных болезней Императорской Медико–хирургической академии (Санкт–Петербург, 13–14.11.2020);

14. Региональная научно-практическая конференция в Приволжском федеральном округе «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход» (Уфа, 19.11.2020);

15. International behavioural neurology videoconference rounds under the auspices of Canadian Neurological Sciences Federation, Canadian Neurological Society, Peter A. Silverman, Global eHealth Program (PASGeP), Canada-International Scientific Exchange Program (CISEPO). Coordinated by the Division of Neurology, University of Toronto, Canada (28.04.2021).

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В., Дружинин А.К. Суицидальное поведение у пациентов с эпилепсией в практике врача-невролога. Социальная и клиническая психиатрия. 2019. 29(3). С. 51-55.

2. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В., Дружинин А.К., Попов Ю.В., Улитин А.Ю. Современный взгляд на проблему формирования суицидального поведения у пациентов с фармакорезистентной формой

эпилепсии в послеоперационном периоде (литературный обзор). Трансляционная медицина. 2019. 6(2). С. 5-11.

3. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В., Коровина С.А., Нездоровина В.Г., Иванова Н.Е., Улитин А.Ю. Спектр психопатологических расстройств у пациентов с фармакорезистентной эпилепсией в условиях нейрохирургического стационара. Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. 2019. XI(4). С. 53-59.

4. Шова Н.И., Михайлов В.А. Тревожное расстройство как фактор риска суицидальных намерений у пациентов с эпилепсией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 4 (105). С. 89-94.

5. Шова Н.И., Михайлов В.А., Коровина С.А., Алексеева Д.В., Платунов А.В. Динамика непсихотических психических расстройств и суицидальных намерений у пациента с эпилепсией до и после VNS-терапии (клиническое наблюдение). Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2020. № 2. С. 65-73.

6. Незнанов Н.Г., Михайлов В.А., Шова Н.И., Попов Ю.В., Дружинин А.К., Киссин М.Я. Риск развития суицидального поведения у больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 11-2. С. 16-22.

7. Шова Н.И., Михайлов В.А., Коровина С.А., Алексеева Д.В. Эпилепсия при синдроме Штурге-Вебера: обзор литературы и описание клинического случая. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2020. Т. 12. № 1. С. 67-73.

8. Шова Н.И., Михайлов В.А. Факторы риска формирования суицидальных намерений больных эпилепсией. Вестник Российской Военно–медицинской академии. 2020. 3(71). С. 115–117.

9. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В. «Суицидологический паспорт» эпилепсии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2020; 12 (4): 226–236.

Другие научные публикации

1. Михайлов В.А., Дружинин А.К., Шова Н.И. Роль психопатологических нарушений в вероятности развития суицидального поведения и намерений у больных эпилепсией. Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. 2018. Т. 10. № S. С. 170-171.
2. Шова Н.И., Михайлов В.А., Дружинин А.К., Попов Ю.В. Социальный «климат» семьи как фактор риска суицидальных намерений у пациентов с эпилепсией. Актуальные вопросы суицидологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Иркутск. 2019. С. 207-215.
3. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В., Дружинин А.К., Малышев С.М. Особенности поведения у пациентов с фармакорезистентной формой эпилепсии и суицидальными намерениями перед оперативным вмешательством. XXI Давиденковские чтения. Сборник тезисов, 2019.
4. Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В., Дружинин А.К. Характер семейных взаимоотношений как фактор риска формирования суицидального поведения у пациентов с эпилепсией. XXI Давиденковские чтения. Сборник тезисов, 2019.
5. Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В., Дружинин А.К. Гендерные особенности у пациентов с эпилепсией как фактор риска суицидальных намерений. XXI Давиденковские чтения. Сборник тезисов, 2019.
6. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В., Дружинин А.К., Малышев С.М. Суицидальные намерения у пациентов с фармакорезистентной формой эпилепсии в предоперационном периоде (на примере клинического случая). Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. 2019. Т. 10. № S. С. 222.
7. Дружинин А.К., Михайлов В.А., Шова Н.И. Влияние непсихотических психических расстройств на уровень качества жизни у больных постинсультной эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им.

С.С. Корсакова. Материалы XI Всероссийского съезда неврологов и IV конгресса Национальной ассоциации по борьбе с инсультом 2019;5(119). С. 597.

8. Дружинин А.К., Михайлов В.А., Корсакова Е.А., Шова Н.И. Нейрофизиологический анализ фрактальных индексов ЭЭГ у больных эпилепсией с наличием кисты эпифиза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Материалы XI Всероссийского съезда неврологов и IV конгресса Национальной ассоциации по борьбе с инсультом 2019;5(119). С. 598.

9. Дружинин А.К., Михайлов В.А., Шова Н.И. Особенности патогенеза постинсультной эпилепсии в пожилом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Материалы XI Всероссийского съезда неврологов и IV конгресса Национальной ассоциации по борьбе с инсультом 2019;5(119). С. 598-599.

10. Михайлов В.А., Дружинин А.К., Шова Н.И. Особенности и результаты восстановительного лечения непсихотических психических расстройств у больных постинсультной эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Материалы XI Всероссийского съезда неврологов и IV конгресса Национальной ассоциации по борьбе с инсультом 2019;5(119). С. 620.

11. Михайлов В.А., Шова Н.И., Дружинин А.К., Попов Ю.В. Факторы риска суицидальной активности пациентов с эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Материалы XI Всероссийского съезда неврологов и IV конгресса Национальной ассоциации по борьбе с инсультом 2019;5(119). С. 620-621.

12. Шова Н.И., Михайлов В.А., Дружинин А.К., Попов Ю.В. Суицидологический паспорт эпилепсии. В сборнике: Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств. Материалы Международного конгресса. 2019. С. 83.

13. Михайлов В.А., Якунина О.Н., Шова Н.И. Биопсихосоциодуховный подход в семейной адаптации больных эпилепсией. В сборнике: Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода.

Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией Г.И. Копейко. 2020. С. 116-119.

14. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В., Коровина С.А. Динамика степени выраженности депрессивного расстройства на клиническом примере пациента с эпилепсией и суицидальными попытками до и после VNS–терапии. Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. 2020. Т. 12. № 3. С. 17.

15. Шова Н.И., Сивакова Н.А., Михайлов В.А. Тревожное расстройство как фактор риска суицидальных намерений у пациентов с эпилепсией. Международный научно–практический журнал психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2020. Т. 11. №4. С. 676– 686.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, клинических примеров, практических рекомендаций, списка литературы, приложения. Общий объем – 248 страниц, содержит 58 таблиц, 18 рисунков. Список литературы включает 219 источников, в том числе 76 отечественных и 143 иностранных.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

1.1. Современное состояние проблемы изучения суицидального поведения

Попыткой самоубийства называются нефатальные, потенциально вредоносные действия человека, направленные против самого себя и имеющие цель привести его к смерти (Тихоненко В. А., 1978). Несуицидальным самоповреждением называется действие, в результате которого человек сам себе причиняет боль или поверхностное повреждение, которые с очень малой вероятностью способны привести к смерти. Тем не менее, не следует недооценивать серьезность этих состояний. В основе данных действий лежит стойко сформированная модель поведения, которая включает в себя мысли, намерения о самоубийстве. По определению (Deshaies G., 1947) под суицидальным поведением понимают вариант образа мышления с осознанным желанием покончить с собой, мотив - разрешение или изменение психотравмирующей «кризисной» ситуации путем добровольного ухода из жизни.

Суицидальное поведение включает 3 вида аутоагрессивных действий: завершённое самоубийство, суицидальную попытку и несуйцидальное самоповреждение (Витер В. И., 2003). Мысли и планирование суицида относят к суицидальной идеации.

К настоящему времени в суицидологии накопилось значительное число теорий о формировании суицидального поведения. Все факторы риска можно «условно» разделить на следующие группы: биологические, психологические, социальные, клинические. Но «независимость» этих факторов достаточно условна и не исключает их взаимосвязи в каждом конкретном случае (Положий Б.С., 2015; Marušić A., 2006).

Одним из перспективных направлений современных исследований является разработка концепций психических заболеваний, основывающихся на биопсихосоциальной парадигме в психиатрии и психологии, которые предполагают существование у некоторых индивидов повышенной уязвимости по отношению к специфическим средовым стрессорам.

Особым популярность приобрела концепция «диатез-стресса» (Mann J.J., 1999). Эта концепция возникла на основе исследований суицидального поведения среди пациентов психиатрического профиля, показавших, что с одной стороны традиционная психиатрическая диагностика не способствует в оценке суицидального риска. Данный риск не пропорционален тяжести психической патологии, а с другой стороны самоубийства нельзя объяснить и как реакцию на чрезвычайный стресс. Модель «диатез-стресса» объединила диатез как предрасположенность к возможному совершению самоубийства, обусловленное наследственностью, воспитанием, сопутствующими хроническими болезнями, изменениями в обмене ряда веществ (серотонина, холестерина, пролактина), злоупотреблением психоактивными веществами, диетическими ограничениями и стрессу, непосредственно предшествующие самоубийству (психотравмы, острые заболевания, недавнее использование алкоголя или седативных препаратов и другие). Стресс-диатез по мнению автора является ключевым элементом, разделяющим пациентов на имеющих высокий и низкий риск самоубийства (Тукаев Р.Д., 2012; Коцюбинский А.П., 2013; Mann J.J., 1999).

Учитывая множественные пробелы в данной концепции, была разработана интегративная теория (Положий Б.С., 2010). Указанная модель включает в себя два блока: этиопатогенетический и клинико-динамический.

Первый характеризует механизмы возникновения суицидального поведения, второй – его динамику. Условно их обозначают как детерминанты I и II ранга.

Детерминанты I ранга являются первичным и необходимым условием формирования суицидального поведения. В данную группу включены

биологические детерминанты (генетические и биохимические). В частности, суицид рассматривается как генетический обусловленный паттерн поведения. Это подтверждается результатами специальных исследований, показавших наличие самостоятельных механизмов наследования суицидального поведения (Serafini G., 2015; Hielscher E., 2018; Grimmond J., 2019). Российским исследователем (Тиходеев О.Н., 2007) установлено, что склонность к совершению самоубийства тесно связана с мутациями генов SLC6A4 (Webb L.M., 2020) и COMT (Sadeghiyeh T., 2017; González-Castro T.B., 2018). Первый из них контролирует передачу нервных импульсов при помощи серотонина и является точкой приложения действия антидепрессантов, относящихся к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (Webb L.M., 2020). В ряде некоторых исследований данный ген называют «геном страха» (Strug L. J., 2010; Mirkovic B., 2016; Fanelli G., 2019).

Второй ген отвечает за уровень веществ, регулирующих активность дофамина, адреналина и норадреналина. Катехол-О-метил-трансфераза (КОМТ) регулирует передачу нервного импульса и влияет на особенности эмоциональных реакций (Mannisto P.T., 1999). При физической нагрузке, сильном стрессе, болевых ощущениях и других воздействиях на организм катехоламины выделяются в кровь (Спасова А.П., 2017). Это приспособительная реакция, в результате которой организм отвечает на воздействие извне. Люди с мутациями в этих генах отличаются повышенной предрасположенностью к самоубийству (Sadeghiyeh T., 2017; González-Castro T.B., 2018; Pinna M., 2018).

Американский исследователь J.J. Mann (Mann J.J., 1998, 1999, 2003, 2013) предлагает рассматривать суицидальное поведение с биохимических позиций как трехкомпонентную систему: 1) моноаминергическая медиация и гипоталамо-гипофизарно-кортикоидная система; 2) серотонинергическая система как механизм контроля агрессивных импульсов и формирования депрессии (Mann J.J., 2013); 3) иммунная система и липидный обмен как «системный контекст».

Генетически обусловленные изменения в перечисленных системах могут создавать неблагоприятные сочетания таких «суицидальных» черт, как агрессивность, импульсивность, неустойчивость к стрессу, ангедония, депрессия (Дмитриева Н. В., 2015). Эти черты могут активироваться в результате дополнительного воздействия различных внешних факторов. В частности, многими авторами делается акцент на депрессивное расстройство, как состояние патобиохимически схожее на одну из систем детерминант суицидального поведения (Розанов В.А., 2013; Попов Ю.В., 2017; Zargone D., 2017; Bachmann S., 2018; Dwivedi Y., 2018; Turecki G, 2019).

Многообразие клинических проявлений депрессивных расстройств свидетельствуют об участии в патогенезе взаимосвязанных нарушений ряда нейрохимических систем, в частности серотонинергической и норадренергической. Кроме того, обе эти системы тесно взаимодействуют с дофаминергической, холинергической, глутаматергической и ГАМК-ергической системами, которые, как уже указывалось ранее играют особую роль в формировании суицидального поведения (Traskman-Bendz L., 1998; Mann J.J., 1998, 1999, 2003; van Heeringen K., 2014; Almeida D., 2016; Sudol K., 2017).

В последние годы появились данные об участии в патогенезе суицидального поведения регуляторных пептидов, в первую очередь кортикотропина рилизинг-фактора (Мазо Г.Э., 2015; Pape J.C., 2018; Menke A., 2019). Указанный фактор индуцирует выработку адренотропного гормона (АКТГ), который стимулирует «выброс» кортизола в системный кровоток. При депрессивном расстройстве нарушается механизм отрицательной обратной связи, в результате чего в крови большинства больных повышено содержание АКТГ и кортизола, причем концентрация последнего прямо коррелирует с тяжестью депрессии (Murphy J.M., 1991; O'Connor D.B., 2016; Juruena M.F., 2018).

Личностно-психологические детерминанты суицидального поведения достаточно широко описаны в литературе (Амбрумова А.Г., 1978). Наиболее

типичными среди них являются: высокие уровни аутоагрессии и импульсивности, эмоциональная неустойчивость, неадекватная самооценка, низкая стрессоустойчивость, отсутствие навыков конструктивного решения проблем, низкая способность к формированию психологических защит, особенности интеллекта (максимализм, незрелость суждений), чрезмерно развитое чувство вины, трудности в перестройке ценностных ориентаций, низкий уровень или отсутствие чувства самодостаточности. Как правило, эти качества встречаются в различных комбинациях (Амбрумова А.Г., 1978; Тиходеев О.Н., 2007).

К детерминантам II ранга относятся другие факторы предрасположенности к возникновению суицидального поведения. В частности, при многих соматических заболеваниях существует высокий суицидальный риск. К числу таковых относятся ишемическая болезнь сердца, онкологические и эндокринные болезни и другие. Однако непосредственной причиной развития суицидального поведения является коморбидное психопатологическое расстройство (Bolton J.M., 2015; Hesdorffer D.C., 2016). Детерминанты II ранга повышают риск развития суицидального поведения, но не являются необходимым условием его возникновения.

Дополнительно выделяют детерминанты III ранга, или факторы социального неблагополучия (Положий Б.С., 2015).

В отечественной суицидологии особое внимание уделяется клинко–психологической концепции суицидального поведения А.Г. Амбрумовой.

В.М. Бехтерев полагал, что понимание причин самоубийства возможно с учетом множества условий, но лишь в середине XX века комплексный подход стал методологическим подходом отечественной суицидологии (Амбрумова А.Г., 1986).

Согласно данной концепции, суицидальное поведение представлено результирующим средовых, личностных и психопатологических факторов, то есть рассматривается как биопсихосоциальный феномен. Учитывается взаимодействие факторов риска психопатологического, индивидуально–

личностного и ситуационно–средового уровней. Суицидогенность ситуации определена личностными особенностями, жизненным опытом, интеллектом, характером и стойкостью межличностных связей (Амбрумова А.Г., 1981, 1984).

Ряд личностных особенностей служат просуицидогенными факторами (Амбрумова А.Г., 1981; Любов Е.Б., 2013): 1) эмоциональная ригидность; 2) «нестабильность» когнитивной сферы, постоянное или в период «кризиса»; 3) неблагополучие социальной сферы; 4) неадекватная самооценка (заниженная, лабильная или завышенная); 5) слабость психологической защиты (копинг-стратегий); 6) безысходность (снижение или утрата ценности жизни). Впервые стала рассматриваться роль личностного профиля в проблеме формирования суицидального поведения. Таким образом, суицидогенность ситуации определена готовностью личности расценить ее как таковую.

Реализация суицидального поведения возможна при симбиозе ряда условий: 1) искажение эмоциональной и аффективной сферы; 2) неполноценный уровень социализации, 3) конфликт («диатез–стресс»). Решающее значение в манифесте суицидальной фазы отведено «суицидогенному» конфликту; несоответствие актуальной потребности человека и препятствия к ее удовлетворению и результирующей динамического взаимодействия суицидогенных (обычно конфликты и утраты) и антисуицидальных факторов (Амбрумова А.Г., 1980, 1981; Любов Е.Б., 2013).

Ключевой момент концепции согласуется с понятием «суицидоопасного психологического кризиса» (Caplan G., 1974), эмоционального дисбаланса вследствие фрустрации значимых для личности потребностей арсенала жизненного опыта (Войцех В.Ф., 2007). При субъективной неразрешимости известными, приемлемыми личности способами путем разрешения становится суицид. При недостатке адаптационных ресурсов и неспособности совладать с конфликтом ложным выходом видится суицид, безальтернативный путь «избежать» страдания. Суицидальное решение вне зависимости от причин, условий и форм дезадаптации происходит после личностной переработки конфликта. В типичных случаях психологический кризис человек разрешает

сам или с привлечением сети формальной или, чаще, неформальной (близкие люди) поддержки. Благоприятный исход повышает адаптационный уровень индивида, опыт преодоления позволяет гибче реагировать на новые испытания, в противном случае кризисное состояние ведет к суицидальному поведению.

1.2. Особенности непсихотических психических расстройств у пациентов, страдающих эпилепсией

Эпилепсия относится к числу распространенных нервно-психических заболеваний (Киссин М.Я., 2011). Современные научные исследования отражают лишь часть проблемы эпилепсии (неврологическую, нейрохирургическую, психиатрическую, нейрофизиологическую), но не дают комплексного представления о данном заболевании (Вольф П., 2009; Гехт А.Б., 2009; Гусев Е.И., 2010; Alvarez V., 2011).

Несмотря на высокую распространенность коморбидных психических расстройств при эпилепсии, до сих пор не уточнено их место в клинике и динамике заболевания. Психические расстройства наблюдаются у каждого второго взрослого больного эпилепсией (Казаковцев Б.А., 1999; Киссин М.Я., 2011; Harden C., 2002; Marneros A., 2004).

До 80% больных имеют стойкие нарушения ментального здоровья в форме личностных и аффективных расстройств. Это может свидетельствовать о вовлеченности в эпилептический процесс механизмов, обуславливающих не только пароксизмальные проявления заболевания, но и психические расстройства, и более напряженном состоянии компенсаторно-адаптационных механизмов организма, что делает менее благоприятным клинический прогноз течения заболевания (Вассерман Л.И., 2000; Калинин В.В., 2006; Friedlander A.H., 1989; Perini G.I., 1996).

Значительные сложности возникают при диагностике и систематизации коморбидных психических расстройств, осложняющих течение заболевания уже на начальной его стадии, обычно в 2-3 первых года болезни (Громов С.А.,

2015). К таким проявлениям можно отнести: характерологические особенности, когнитивное снижение, симптомы депрессивного расстройства, поведенческие нарушения, аффективная неустойчивость и другие (Калинин В.В., 2004; Громов С.А., 2008; Коцюбинский А.П., 2014).

На данный момент формируется новый подход к изучению влияния эпилептического процесса на функциональное состояние головного мозга, в котором рассматриваются определённые психопатологические нарушения, вызванные эпилептической активностью, при отсутствии эпилептических припадков (Киссин М.Я. 2011; Авакян Г.Н., 2017, 2019). Одно из ведущих мест в клинике непсихотических психических нарушений при эпилепсии занимают эмоциональные и аффективные (Максутова Э.Л., 1998).

Депрессивное расстройство является одним из распространенных проявлений психопатологических нарушений, наблюдаемое при эпилепсии, как следствие хронической эпилептизации головного мозга, существенно усложняющее течение основного заболевания (Pompili M., 2007, Borgmann M., 2016, Elger C.E., 2017). У пациентов с отсутствием контроля над припадками распространенность депрессивного расстройства от 20 до 55% (Калинин В.В., 2003, Josephson C.B., 2017). Течение эпилепсии на фоне депрессивного расстройства осложняется случаями развития суицидальных намерений (Калинин В.В., 2008).

В основном депрессия при неврологических заболеваниях соответствует критериям депрессивного расстройства, указанным в классификации. Однако это не касается депрессии при эпилепсии (Киссин М.Я., 2011). Имеется ряд доказательств того, что депрессия при эпилепсии часто не соответствует критериям стандартных депрессивных расстройств и не выявляется при помощи обычных шкал и опросников, направленных на диагностику депрессии (Kanner A.M., 2003). Некоторыми авторами депрессия при эпилепсии выделяется как отдельная категория депрессивного расстройства (Kanner A.M., 2003; Blumer D., 2004).

Hermann et al. (2000), руководствуясь критериям DSM-IV и МКБ-10, в своем обзоре литературы определили, что распространенность эмоциональных и аффективных расстройств среди больных эпилепсией составила от 44 до 63%, а отдельно для депрессивного расстройства составила в среднем 29%. Имеются сравнительные исследования (Mendez M.F., 1993, 1994; Ettinger A., 2004), которые показали, что депрессия более распространена и выражена у больных эпилепсией, чем у пациентов с другими хроническими соматическими или неврологическими заболеваниями.

По данным Boylan L et al (2004) 50% больных эпилепсией страдают депрессивным расстройством различной степени тяжести, из них у 19% возникают суицидальные намерения. Замечено, что эпилепсия может появляться спустя длительное время в форме большого депрессивного эпизода (Forsgen L., 1990; Hesdorffer D., 2000).

Механизмы формирования депрессивного расстройства при эпилепсии с патогенетической точки зрения делят на следующие:

1. Клинические;
2. Психосоциальные;
3. Ятрогенные;
4. Нейробиологические.

Клинические факторы, теоретически влияющие на развитие депрессии при эпилепсии: возраст начала и продолжительность эпилепсии, частота приступов; локализация и латерализация фокуса эпилептической активности (более частая встречаемость депрессии у пациентов с эпилепсией височной и лобной долей, в случае с латерализацией данные противоречивы) (Harden C.L., 2002).

Психосоциальные факторы являются совокупностью «бытовых» проблем, которые могут влиять на развитие депрессивного расстройства при данной нозологии. Психосоциальные факторы можно разделить на следующие:

1. Стигматизация (в связи с основным диагнозом);

2. Степень дискриминации, которой подвергается данная группа пациентов;
3. Нежелание принять действительность и недостаточная адаптация пациентов к собственной болезни;
4. Непредсказуемость и недостаток контроля над собой вследствие случайно развивающихся приступов;
5. Недостаток поддержки со стороны общества.

Столкновение с любым из указанных «потенциальных препятствий» может привести к развитию симптомов депрессии.

Ятрогенные факторы делят на следующие основные категории:

1. Депрессия вследствие длительного приема антиэпилептических препаратов;
2. Депрессивное расстройство после хирургического лечения эпилепсии;
3. Феномен форсированной нормализации (формирования психопатологических расстройств связанных с форсированным купированием эпилептических припадков).

Blumer D. et al (2001) описали 7 пациентов, проходивших лечение стимуляцией блуждающего нерва, у которых развились психиатрические нарушения после того, как частота приступов снизилась на 75% или более. До стимуляции блуждающего нерва у всех семи отмечалось дисфорическое расстройство. Таким образом, интериктальная депрессия может обостриться или возникнуть de novo на фоне форсированного достижения лучшего контроля над припадками.

4. Нейробиологические (совокупность нейрохимических, нейрофизиологических и структурных факторов).

Эпилептизация сопровождается дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. По данным последних исследований (Stavropoulos I., 2017) у пациентов с эпилепсией определяется повышенный уровень кортизола ("гормона стресса") что указывает на хроническую гиперактивность

гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. В свою очередь кортизол обеспечивает тоническую активацию нейронов гиппокампа, которая активируется во время стрессовых ситуаций. В долгосрочной перспективе повышенные уровни кортизола связаны с атрофией гиппокампа (McAuley M.T., 2009).

Основными нейротрансмиттерными системами являются: серотонинергическая, моноаминовая, катехоламиновая. Нарушение регуляции серотонинергических взаимодействий в условиях синаптической передачи является общим патогенетическим звеном, закономерно показывающим связь между эпилепсией и депрессивными нарушениями (Catena-Dell'Osso M., 2013; Borgmann M., 2016).

Тревожное расстройство является вторым по распространенности в структуре психических нарушений у больных эпилепсией (Сивакова Н.А., 2016; Moore P. M., 2002; Beyenburg S., 2005). Тревога может проявиться у больных эпилепсией внезапно возникающим страхом, чаще неопределенного содержания, а нередко – сформированного страха смерти от приступа, страха наступления паралича, сумасшествия, сопровождающегося вегетативным компонентом и достигающего характера «панических атак».

Тревожный аффект в ремиссиях приближается по форме к классическим вариантам в виде перманентных немотивированных опасений за свое здоровье, здоровье близких, способных приобрести отчетливый обсессивно-фобический характер (Сивакова Н.А., 2016).

Распространенность тревожного расстройства варьируется от 11% до 50%, у пациентов, страдающих эпилепсией (Ottman R., 2011; Rai D., 2012). Два популяционных исследования показали, что у людей с эпилепсией, вероятность постановки диагноза тревожного расстройства была примерно в 2 раза выше, чем у людей без эпилепсии (Jones J.E., 2007; Russ S.A., 2012).

В настоящее время выделен целый ряд общих патогенетических механизмов эпилепсии и тревожного расстройства: нарушение метаболизма ряда нейротрансмиттеров в центральной нервной системе, в особенности

серотонина (5-гидрокситриптамина (5-НТ)), норадреналина, дофамина, ГАМК (гамма-аминомаслянная кислота) и глутамата; атрофия височных и лобных долей, а также изменения в миндалине, гиппокампе, латеральной височной, префронтальной, орбитофронтальной и медиофронтальной коре и в меньшей степени – в таламусе и базальных ганглиях; функциональные нарушения, выявленные с помощью методов функциональной нейровизуализации в височных и лобных долях в виде нарушения связывания серотонина с рецепторами 5-НТ 1А в медиальных структурах, ядре шва, таламусе и поясной извилине; нарушение функционирования гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы (Schenkel L.C., 2012; Kanner A.M., 2012).

Исследование полиморфизмов генов у пациентов с височной локализацией эпилептогенного очага может предположить связь между генетической предрасположенностью и установленными нейробиологическими гипотезами эпилепсии и тревоги. Генотипирование полиморфизмов гена транспортера серотонина было выполнено у 155 пациентов с височной эпилепсией, и было обнаружено, что наличие специфического аллеля (С аллель 5-НТ1А С-1019G полиморфизма) является независимым фактором риска для возникновения тревожного расстройства (Savic I. et al., 2004, Taylor R.S. et al., 2011, Hamilton K.T. et al., 2014).

Тревога оказывает огромное влияние на качество жизни при эпилепсии. На основании исследований было продемонстрировано, что психиатрическая коморбидность является более значимым фактором, влияющим на качество жизни пациентов с эпилепсией, чем контроль над приступами или тяжесть течения заболевания (Gandy M. et al, 2013).

Вследствие недостаточной определенности термина «изменение личности по эпилептическому типу» некоторые исследователи предпочитают говорить о «непсихотических психических расстройствах, не достигающих степени парциального или тотального слабоумия» (Казаковцев Б.А., 1999).

Известно, что своеобразные изменения психического статуса больных эпилепсией, прогрессируют, стирая индивидуальные особенности личности

заболевшего. Они наблюдаются довольно часто, по данным отечественных авторов в 50% случаев (Громов С.А., 1993; Громов С.А., 1997), у некоторых до 70-86% (Попов Е.А., 1960; Болдырев А.И., 1971). Эти перманентные изменения психики считаются специфическими для эпилепсии (Серейский М.Я., 1938, 1956; Сухарева Г.Е., 1974; Ковалёв В.В., 1957).

Описывались такие типичные черты эпилептической личности, как медлительность, вязкость, тяжеловесность, отсутствие гибкости, прилипчивость, монотонность, что отражается в восприятии, мышлении, эмоционально-волевой сфере и внешних проявлениях. Брادیпсихия приводит к нарушению синтетических процессов мышления, затруднению отделения существенного значения от незначительного, обстоятельности, вязкости, детализации, ухудшению усвоения нового, ослаблению памяти, внимания. Это сказывается в постепенном уменьшении запаса представлений, сужении круга интересов, выраженном обеднении личности больного (Асеев В.К., 1976; Кронфельд А.С., 1938; Кухтевич И.И., 1958; Красненкова И.П., 1998; Montgomery S.A., 1979; Hill D., 1953).

Подтверждено, что с нарастанием дефицитарных расстройств при эпилептической болезни (Казаковцев Б.А., 1999) вначале акцентируются черты личности, затем наступает «консолидация». У больных обнаруживается полярность аффекта, возникают прямолинейность и категоричность суждений, тугоподвижность мыслительных процессов.

Замедление темпа психической деятельности сопровождается усилением аффективной напряжённости с застреванием, притуплением эмоциональных проявлений со склонностью к аутоагрессивным действиям, включающим суицидальные попытки и действия; преобладанием грубых массивных аффектов (Кронфельд А.С., 1938; Фрумкин Я.П., 1938). Для подобных личностей характерны эгоизм и эгоцентризм (Кронфельд А.С., 1938; Банщиков В.М., 1971).

Достаточно часто у больных эпилепсией возникают недоверчивость, мстительность, подозрительность, недоброжелательность, зависть по отношению к другим (Попов Е.А., 1960). Иными словами, главным в жизни

больного эпилепсией становится его собственная личность и его болезнь. На этом фоне легко развиваются ипохондрические сверхценные идеи (Ганнушкин П.Б., 1933; Попов Е.А., 1960; Русалова М.Н., 1979).

Больным эпилептической болезнью, как правило, свойственны проявления, отражающие грубые антисоциальные тенденции (Балинский И.М., 1859), с чертами импульсивности, лабильности настроения (Delasiauve L., 1854; Fere Ch., 1890), агрессивности, склонности к аморальным поступкам (Gowers W.R., 1881).

Согласно Barrat, Stanford (1995) импульсивность, имеет отношение к контролю мыслительных процессов и поведения в целом. Один из интересных вопросов, который до сих пор не нашёл ответов - насколько суицидальное поведение при эпилептической болезни является следствием расстройства контроля влечений.

Одними из психогенных (реактивных) механизмов развития нарушения поведения при эпилепсии является депрессивная реакция на болезнь, изменение своего положения в обществе и формирование чувства собственной неполноценности; ощущение «безнадежности», стигматизации. Ввиду наличия припадков и коморбидных психических расстройств, пациенты субъективно испытывают не только свою ущербность, но и формируют патологическую реакцию на изменение их положения в социуме, что создаёт предпосылки для формирования суицидальных мыслей, намерений и совершения суицидальных попыток (Амбрумова А.Г., 1981, 1985).

Данные процессы должны рассматриваться в комплексе и учитываться при психометрическом исследовании, поскольку пациентам с эпилепсией присущи пограничные психические расстройства, что приводит к формированию суицидальных идеаций.

1.3. Возможные факторы риска развития суицидального поведения у пациентов с эпилепсией

По мнению авторов (Bell G.S., 2001), возможная причина риска суицида, это развитие непсихотических психических нарушений и психотических состояний, которые в том числе могут быть спровоцированы самим заболеванием (ранний дебют заболевания; височные формы припадков; тяжёлое течение заболевания; неполный медикаментозный контроль над припадками), длительный приём антиэпилептических препаратов (включая, снижение комплаентности, применение антиэпилептических препаратов в дозах, недостаточно высоких для достижения желаемого ответа), социально-демографическими факторами.

Все факторы можно условно разделить на «эндогенные», к которым относятся: само заболевание и все его характеристики, непсихотические психические и психотические расстройства (личностные нарушения, когнитивные нарушения, тревожное и депрессивное расстройства) (Bell G.S., 2009); и «экзогенные»: длительный приём антиэпилептических препаратов, социально-демографические и экономические факторы. Сочетание тех или иных «эндогенных» и «экзогенных» факторов вызывает развитие эпилептического процесса, который деформирует психологический каркас личности и под влиянием дискриминационного отношения к больным эпилепсией формирует предпосылки для социального отторжения пациентов. Таким образом формируется стигматизация по отношению к пациентам с эпилепсией, в том числе приводящая к определённой социальной дезадаптации, что в свою очередь, может привести к кризисным ситуациям, в виде незавершённого или завершённого суицида.

Были произведены исследования по уровню стигматизации пациентов с эпилепсией в различных странах. Существуют разные формы стигматизации в разных культурах, так как стигма – социальный конструкт (Jacoby A., 2005).

Особая роль в формировании суицидального поведения принадлежит реакции личности на диагноз. По данным Лепендиной О.К. (Лепендина О.К., 1985), у всех больных эпилепсией, в рамках исследования, с так

называемыми вторичными невротическими расстройствами имели место личностные конфликты, прямо или косвенно связанные с заболеванием.

Идентификация таких пациентов с эпилепсией, которые страдают от трудностей с социальной адаптацией позволит начать своевременное и адекватное лечение, а также поможет выявить тех людей, которые подвержены особому риску самоубийства (Christensen J., 2007).

По мнению, В.В. Калинина (2011), важными причинами для развития суицидальных намерений являются форма эпилепсии, семиология и частота припадков, тяжесть эпилепсии, полиморфный характер припадков. По мнению многих авторов риск развития суицида в 25 раз выше при височных формах эпилепсии (Пылаева О.А., 2013; Pompili M., 2010). Анатомически близкое расположение фокуса эпилептической активности в височных долях головного мозга, по-видимому, формирует и определяет наличие депрессивных расстройств, которые в свою очередь могут способствовать появлению суицидальных мыслей и намерений.

В исследовании Kwon O.Y., Park S.P. (2013) показано, что вероятность возникновения аффективных расстройств повышалась у пациентов с плохо контролируемыми припадками. По мнению многих авторов повышение уровня непсихотических и психотических психических расстройств у пациентов с эпилепсией является основным фактором провокации риска суицида. Так, по мнению Buljan R., Santic A.M. (2011), причина всех случаев суицидальных намерений и попыток является депрессивное расстройство. В 1991 году Blumer D. представил концепцию развития «межприступного дисфорического расстройства», которое может явиться предиктором интериктального психоза и суицида. Другими важными факторами для развития риска суицида являются социальные факторы и психосоциальная дезадаптация (проблемы в семье, физическое здоровье, особенности личности, жизненный стресс, элементы стигматизации и фрустрации). Несомненно, что одной из причин, приводящих к росту депрессивных расстройств у больных эпилепсией является длительный приём антиэпилептических препаратов (Mula M., 2013; Mula M., 2015).

В 2008 году Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Hesdorffer D. C., 2010) опубликовало предупреждение о том, что антиэпилептические препараты провоцируют и усиливают интенсивность суицидальных мыслей, а также повышают риск провокации суицидальных попыток. Данное заключение было сделано на основе мет-анализа 199 плацебо-контролируемых исследований 11 препаратов, отличительных по механизму действия. По результатам которого, было зарегистрировано 4 случая завершённого суицида принимающих медикаменты, и ни одного в группе принимающих плацебо.

Формирование суицидальных намерений в связи с влиянием антиконвульсантов осуществляется по следующим механизмам:

1. Прямое депрессогенное воздействие препаратов (фенобарбитал, вигабатрин, топирамат) (Sarchiapone M., 2011; Fountoulakis K.N., 2012; Chen B., 2017);

2. Анксиогенное «паникогенное» действие (леветирацетам) (Yates S.L., 2015; Chen B., 2017);

3. В рамках дисфорических депрессий и психозов, связанных с эпилепсией, но провоцируемых антиэпилептическими препаратами в результате индивидуальных особенностей их влияния на пациента в оптимальных терапевтических дозах (аггравация припадков, особенно сложных парциальных припадков и атипичных абсансов и генерализованных тонико - клонических приступов) (Пылаева О.А., 2008);

4. Вследствие неадекватного назначения и дозирования препаратов (Trimble M.R., 2011).

Общими признаками для всех пациентов, у которых возникают суицидальные намерения на фоне приема антиэпилептических препаратов, являются: частое проявление депрессивных и поведенческих расстройств; аффективные нарушения у ближайших родственников (Калинин В.В., Полянский Д.А., 2003; Пылаева О.А., 2013; Blumer D., 2004; Hesdorffer D.C., 2009; Kanner A.M., 2012).

В селективных исследованиях было выявлено, что габапентин приводит к более высоким рискам возникновения завершённого суицида (Potorno E., 2010).

Карбамазепин характеризуется низким риском развития суицидального поведения, как препарат с нормотимическим эффектом. В отдельном исследовании, был выявлен более высокий риск возникновения суицидов при длительном приеме клоназепама, леветирацетама, фенobarбитала (Olesen J.D., 2010). Карбамазепин также крайне редко приводит к развитию депрессии (Tondo L., 2016).

Ламотриджин является препаратом стабилизатором настроения, полезен при нарушениях поведения у больных эпилепсией, а также при биполярном аффективном расстройстве (Born C., 2005).

По результатам исследований карбамазепин, окскарбазепин, вальпроевая кислота и ламотриджин можно рассматривать как препараты с антисуицидными свойствами, потому что все они улучшают когнитивные функции и настроение у больных эпилепсией и обладают нормотимическим эффектом (Калинин В.В., 2007).

Таким образом, связь между приемом антиэпилептических препаратов и суицидальным поведением была обнаружена, прежде всего, в отношении ГАМК-ергических препаратов. К ним относятся фенobarбитал, габапентин, тиагабин, топирамат, вигабатрин, зонисамид. D.A. Brent и соавт. (Brent D.A., 1987) сообщили о высоком риске развития суицидов у больных, принимающих барбитураты в высоких дозах. В исследовании половых различий развития суицидов (Калинин В.В., 2003) отметили отсутствие связи с суицидами у 105 больных эпилепсией при приеме общих суточных доз «классических» антиконвульсантов (фенитоин, примидон), тогда как ежедневный прием фенobarбитала приводил к суицидальным тенденциям и попыткам больных независимо от пола. По результатам работ и соавт. (Brent D.A., 1987), при приеме фенobarбитала депрессии и суицидальные тенденции наблюдались значительно чаще. При приеме фенobarбитала депрессии возникали у 40%, суицидальные тенденции – у 47% больных.

Вигабатрин является ингибитором трансаминазы, его побочное действие проявляется развитием депрессии (Ring H.A., 1993). Взаимодействуя через системы ГАМК и серотонина снижает активность обмена последнего, что приводит к появлению депрессии у больных (Trimble M.R., 2011). Депрессия выявлена как побочный эффект при лечении этим препаратом у 12-20% больных по сравнению с плацебо (2,4-5,7% случаев) по данным исследований D.F. Levinson и O. Devinsky (Levinson D.F., 1999), но суицидальные попытки наблюдались не у всех пациентов с депрессией, получавших вигабатрин, а лишь у 0,4% больных, что значительно превышает количество суицидов у лиц, получавших плацебо (0,05% случаев).

В клинических исследованиях у больных, принимавших тиагабин, тревожность и депрессия возникала значительно чаще (тревога в 12% случаев, а депрессия – у 5% больных). При этом тревога и депрессия возникали преимущественно в структуре психозов (Schmitz B., 2006).

Габапентин – соединение, ингибирующее распад ГАМК. В ряде исследований показан агонизм препарата в отношении субтипа ГАМК бета-рецепторов (Cugley A.L., 1995). Препарат способствует нарушению обмен серотонина у людей по данным анализа содержания 5-HIAA в ликворе, что ведет к развитию депрессии (Mann J.J., 1997). Частота развития депрессии на фоне приема габапентина оценивается в 5%, но суицидальная активность возникает преимущественно у молодых пациентов и не превышает 1% (Mula M., 2007). Габапентин преимущественно способствует усилению депрессивных проявлений симптомокомплекса интериктального дисфорического расстройства при эпилепсии и росту числа суицидов у этих больных.

Топирамат имеет различные механизмы действия. Появление депрессии в качестве побочного эффекта препарата связано с нарушением нейротрансмиссии глутамата (Mula M., 2003). Топирамат также является и ГАМК-ергическим соединением, оказывающим влияние на ГАМК альфа-рецепторы, которые, как доказано, могут снижать активность серотониновой системы в нейронах шва мозга, в результате чего возникают депрессивные расстройства у больных. М.

Mula и соавт. (Mula M., 2003), анализируя психопатологические побочные эффекты у больных, принимавших топирамат, обнаружили их у 23,9% пациентов, среди которых у 10,7% человек наблюдались аффективные расстройства, у 5,6% – агрессивное поведение, у 3,9% – другие поведенческие нарушения: гиперактивное поведение, гнев, агрессивность, тревога. Поведенческие нарушения развивались чаще всего у детей, у больных с задержкой развития и при полипрагмазии. Только у немногих пациентов с развитием депрессии отмечалось полное прекращение припадков, а депрессивные расстройства развивались в среднем через 60 дней от начала приема препарата. Топирамат является препаратом с повышенным риском развития суицидов (более 10%) у больных эпилепсией (Jansen J.F.A., 2006; Arana A., 2010; Andersohn F., 2010).

Антиэпилептические препараты, механизм действия которых не связан с системой ГАМК, также приводят к развитию суицидов у больных эпилепсией (Mula M., 2007). Леветирацетам, помимо положительной эффективности в качестве противосудорожного препарата, имеет отрицательные эффекты. По данным исследований (Cramer J.A., 2003) депрессивное расстройство было диагностировано у 3,8% пациентов в систематическом обзоре 4 плацебо-контролируемых и открытых исследований на фоне приёма леветирацетама.

Обзорное постмаркетинговое исследование 517 пациентов (White J.R., 2003) и исследование случай-контроль показали аналогичную распространенность депрессии: 2,5% и 2,8% соответственно (Mula M., 2004).

Среди побочных эффектов, некоторыми авторами отмечается «лекарственно-индуцированная аффективность» и суицидальность, но указанные эффекты чаще встречаются у пациентов, которые имели в анамнезе психопатологические синдромы, не относящиеся к основному заболеванию (Lee J.J., 2011). Так, было зарегистрировано несколько случаев «лекарственно-индуцированной аффективности», 50% которых завершилось летальным исходом в виде завершённого самоубийства (Orakwue A., 2015).

Разносторонние эффекты леветирацетама связаны с развитием нейрофизиологического феномена форсированной нормализации. В развитии суицидальных идеаций при приеме леветирацетама имеет значение такой побочный эффект препарата, как выраженное усиление тревоги и появление вследствие этого депрессии, у принимающих препарат больных, проявляющееся на средних и высоких дозах препарата. Тревожные и депрессивные расстройства развиваются у 10% взрослых и 25% детей, страдающих эпилепсией (Mula M., 2003).

К факторам, неблагоприятно влияющим на социальную адаптацию больных эпилепсией, относятся длительное течение заболевания, изменения личности, тип течения заболевания (наличие судорожных пароксизмов), определенный личностный преморбид больного (астеничный, гипотимный), искаженная внутренняя картина болезни, социальные ограничения, накладываемые обществом.

Влияние бремени эпилепсии распространяется не только на больных данным недугом, но на их семьи, близкое окружение и общество в целом. На качество жизни родителей (опекунов), братьев и сестер часто негативно влияют частые припадки, сопутствующие расстройства поведения и сна, а также стигматизация, окружающая диагноз. Прямые затраты на уход за больным эпилепсией и косвенные затраты, связанные со снижением производительности труда, ложатся финансовым бременем на людей и систему здравоохранения во всем мире, что приводит к формированию стигматизирующего поведения общества (Lambert M. V., 1999; Ostendorf A.P., 2017).

Капитулирующая реакция на болезнь самого пациента (самостигматизация), с одной стороны, и социальное отторжение (внешняя стигма), с другой, существенно снижают возможность полноценной реализации потенциала больного, приводя зачастую к работе по заведомо менее квалифицированным специальностям и преждевременному получению группы нетрудоспособности (Guekht A., 2017).

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационная работа выполнена в ФГБУ «Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» (отделение лечения больных эпилепсией) на основании собственных клинических наблюдений за период 2018-2020 гг.

В соответствии с основной целью данной работы, проводилось всестороннее изучение социально-демографических, клинических, нейрорадиологических, нейрофизиологических и социальных факторов, возможно влияющих на формирование суицидальных намерений в рамках биопсихосоциальной концепции.

На каждого пациента оформлялась стандартная документация - клинико-статистическая карта, содержащая анамнестические сведения, суицидологический анамнез, данные о социальном статусе, результаты неврологического, клинико-психологического обследования, инструментальных исследований в закодированном виде.

2.1. Общая характеристика материала исследования, критерии включения и исключения

Для решения поставленных задач всего было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов $M=33,21$ лет; $SD=12,25$, на базе отделения лечения органических психических расстройств и эпилепсии ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Минздрава России. Все больные проходили стационарное лечение на отделении. Набор пациентов производился методом сплошной выборки для обеспечения репрезентативности и однородности материала.

Верификация состояния осуществлялась на основании жалоб, клинической картины, результатами инструментальных и лабораторных

исследований. Диагноз эпилепсия установлен согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) в разделе G 40 в рубриках: G 40 – локализованная (фокальная/парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом; G 40.1 – Локализованная (фокальная/парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками; G 40.2 – Локализованная (фокальная/парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками; G 40.3 – Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы; G 40.4 – Другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов. Для исследования отбирались пациенты, соответствующие критериям включения и исключения

Критерии включения:

1. установленный диагноз эпилепсия из регистра МКБ-10, требующий назначения АЭП;
2. возраст 18-60 лет;
3. нахождение на стационарном лечении в отделении лечения экзогенно–органических расстройств и эпилепсии в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева;
4. подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения: наличие выраженного психического дефекта в форме грубых речевых, психических и негативных расстройств, приводящих к невозможности выполнения предлагаемых заданий; наличие попыток суицида в анамнезе; наличие самоповреждений истероидного и/или демонстративного характера; наличие соматической отягощенности в стадии декомпенсации; наличие онкологического заболевания; на момент осмотра, длительный прием препаратов не относящихся к антиэпилептическим (нейролептики, антидепрессанты); пациенты после оперативного вмешательства, по основному

заболеванию; отказ от подписания информированного согласия участника исследования.

Пациенты с актуальными суицидальными мыслями в день поступления осмотрены психиатром с целью определения тяжести состояния и генеза психического расстройства. Из исследования исключались больные с высоким риском совершения суицида и декомпенсацией эндогенного сопутствующего психического расстройства.

Пациенты были разделены на две группы. Критерием для разделения стало наличие суицидальных мыслей (в исследование не входили пациенты с суицидальными попытками, а также с самоповреждениями истероидного и/или демонстративного характера): в первую группу вошли пациенты с суицидальными мыслями (41 человек); вторую группу составили пациенты без суицидальных идеаций (71 человек). Фиксирование наличия суицидальных мыслей проводилось с помощью клинического опроса. Распределение по группам и количественная характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Количественные характеристики пациентов двух групп

Характеристики	1 группа (N=41)	2 группа (N=71)	Общая выборка (N=112)
Гендер:			
Мужчины	36,59% (N=15)	54,93% (N=39)	48,21% (N=54)
Женщины	63,41% (N=26)	45,07% (N=32)	51,79% (N=58)
Средний возраст	32,20 ± 11,31	33,79 ± 12,80	33,21 ± 12,25
Распределение по возрастным группам			
18 лет	4,87% (N=2)	4,22% (N=3)	4,46% (N=5)
от 19 до 25 лет	21,95% (N=9)	26,76% (N=19)	25,00% (N=28)
от 26 до 30 лет	29,27% (N=12)	15,49% (N=11)	20,54% (N=23)
от 31 до 35 лет	21,95% (N=9)	19,71% (N=14)	20,54% (N=23)
от 36 до 40 лет	4,87% (N=2)	8,45% (N=6)	7,14% (N=8)
от 41 до 45 лет	7,32% (N=3)	9,85% (N=7)	8,93% (N=10)
от 46 до 50 лет	4,87% (N=2)	8,45% (N=6)	7,14% (N=8)
от 51 до 55 лет	2,44% (N=1)	4,22% (N=3)	3,57% (N=4)

Продолжение таблицы 1

от 56 до 60 лет	2,44% (N=1)	2,82% (N=2)	2,68% (N=3)
Длительность заболевания			
до 1 года	–	12,67% (N=9)	8,03% (N=9)
от 2 до 10 лет	36,59% (N=15)	30,98% (N=22)	32,45% (N=37)
от 11 до 20 лет	31,70% (N=13)	28,17% (N=20)	29,46% (N=33)
от 21 до 30 лет	29,27% (N=12)	19,72% (N=14)	23,21% (N=26)
от 31 до 40 лет	2,44% (N=1)	4,22% (N=3)	3,57% (N=4)
от 41 до 50 лет	–	1,41% (N=1)	0,89% (N=1)
от 51 до 60 лет	–	2,82% (N=2)	1,78% (N=2)
Средняя длительность заболевания	15,22 ± 9,70	14,63 ± 11,90	14,84 ± 8,94
Возраст дебюта заболевания			
до 1 года	7,32% (N=3)	7,04% (N=5)	7,14% (N=8)
от 2 до 10 лет	29,27% (N=12)	25,35% (N=18)	26,78% (N=30)
от 11 до 20 лет	41,46% (N=17)	36,62% (N=26)	38,39% (N=43)
от 21 до 30 лет	17,07% (N=7)	14,08% (N=10)	15,18% (N=17)
от 31 до 40 лет	4,87% (N=2)	8,45% (N=6)	7,14% (N=8)
от 41 до 50 лет	–	5,63% (N=4)	3,57% (N=4)
от 51 до 60 лет	–	2,82% (N=2)	1,78% (N=2)
Средний возраст дебюта заболевания	15,36 ± 7,39	18,15 ± 10,36	17,13 ± 9,19

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

Описание первой группы: 41 пациент с эпилепсией, имеющих суицидальные мысли. Стоит сделать акцент на том, что в своем исследовании мы намеренно не рассматривали пациентов с суицидальными попытками в анамнезе, а только пациентов с мыслями о суициде. Это обусловлено тем, что было важно выяснить, какие факторы могут приводить пациентов, страдающих эпилепсией, к мыслям о суициде. Средний возраст респондентов – 32,20 ± 11,31. Из них 15 мужчин (36,59%) в возрасте 29,33 ± 9,18 и 26 женщин (63,41%) в возрасте 33,85 ± 12,23. Возраст дебюта заболевания у пациентов с суицидальной активностью, принявших участие в исследовании, варьировал от 1 года до 40 лет; длительность заболевания - 15,22 ± 9,70.

Описание второй группы: 71 пациент с диагнозом эпилепсия без суицидальных идей и попыток суицида в анамнезе в возрасте $33,79 \pm 12,80$. Из них 39 мужчин (54,93%) в возрасте $32,26 \pm 12,51$ и 32 женщины (45,07%) в возрасте $35,66 \pm 13,10$. Возраст дебюта заболевания пациентов, принявших участие в исследовании, варьирует от 1 года до 55 лет; длительность заболевания $14,63 \pm 11,90$.

Статистически группы не различались по гендеру ($p > 0,05$) и возрастной структуре.

2.2 Методы исследования

Проведено многофакторное, психологическое исследование личности пациентов с эпилепсией различных возрастных групп в ходе восстановительного лечения. Для решения поставленных задач использовались следующие методы:

2.2.1. Оценка клинико-неврологического статуса

Для оценки клинико-неврологических данных проведено исследование согласно клинико-статистической карте, специально разработанной для данного исследования, с целью систематизации полученной информации.

Исследования проводились с применением стандартного неврологического осмотра, сбора анамнеза заболевания, психиатрического интервью, психометрическое обследование с использованием клинико-психологических шкал и опросников.

2.2.2. Шкалы и опросники использованные для оценки степени выраженности суицидальных намерений и антисуицидальных мотивов

1. Опросник антисуицидальных мотивов (Reasons for Living Inventory; Linehan M., 1983). Включает в себя 6 групп антисуицидальных мотивов: 1 – выживание, умение справляться с ситуацией (убеждение в необходимости преодоления проблемы); 2 – ответственность перед семьей; 3 – мотивы, связанные с детьми; 4 – опасения относительно совершения самоубийства; 5 – опасения социального неодобрения; 6 – моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки.

Значения в баллах, полученные по каждому из мотивов для конкретного обследуемого, могут быть проранжированы от наибольшего (1 ранг) к наименьшему (6 ранг). Мотив, получивший наибольший бал является наиболее весомым для пациента. Другие значимые мотивы определяются следующим образом. Значение мотива сравнивается со средним баллов, который для шкалы от 1 до 6 баллов равен 3,5 (Linehan M.M., 1981, 1983; Олина М.В., 2010).

2. Опросник суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Разуваевой Т.Н. (Шмелев А.Г., 1992; Разуваева Т.Н., 1993). Экспресс-диагностика суицидального риска, основанная на выявлении уровня сформированности суицидальных намерений на основании следующих субшкальных диагностических концептов: «Демонстративность» (коэффициент - 1,2; максимальное значение фактора - 6); «Аффективность» (коэффициент - 1,1; максимальное значение фактора - 6,6); «Уникальность» (коэффициент - 1,2; максимальное значение фактора - 6); «Несостоятельность» (коэффициент - 1,5; максимальное значение фактора - 7,5); «Социальный пессимизм» (коэффициент - 1; максимальное значение фактора - 6); «Слом культурных барьеров» (коэффициент - 2,3; максимальное значение фактора - 6,9); «Максимализм» (коэффициент - 3,2; максимальное значение фактора - 6,4); «Временная перспектива» (коэффициент - 1,1; максимальное значение фактора - 6,6); «Антисуицидальный фактор» (коэффициент - 3,2; максимальное значение фактора - 6,4);

3. Шкала безнадёжности Бека (Beck A. et al., 1974).

Шкала состоит из двадцати утверждений. Степень выявленной безнадёжности ранжируется следующим образом: 0-3 балла – безнадёжность не выявлена; 4-8 баллов – безнадёжность лёгкая; 9-14 баллов – безнадёжность умеренная; 15-20 баллов – безнадёжность тяжёлая.

2.2.3. Шкалы и опросники используемые для определения структуры, степени тяжести и выраженности психопатологической симптоматики

1. Шкала выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, англ. Symptom Check List-90-Revised, Derogatis et. al., 1974).

Результаты по SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов.

Нормативные значения показателей: соматизация – 0,44-0,03 баллов; обсессивность-компульсивность – 0,75-0,04 баллов; межличностная сенситивность – 0,66-0,03 баллов; депрессия – 0,62-0,04 баллов; тревога – 0,47-0,03 баллов; враждебность – 0,60-0,04 баллов; фобическая тревожность – 0,18-0,02 баллов; паранойяльность – 0,54-0,04 баллов; психотизм – 0,30-0,03 баллов; GSI – 0,51-0,02 баллов; PSI – 21,39-2,02 баллов.

2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983)

Шкала составлена из 14 утверждений, и включает две части: тревога (I часть) и депрессия (II часть). Для интерпретации необходимо суммировать баллы по каждой части в отдельности:

1. 0-7 баллов норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
2. 8- 10 баллов субклинически выраженная тревога /депрессия
3. 11 баллов и выше клинически выраженная тревога / депрессия

3. Фрайбургский личностный опросник (Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory, FPI, Fahrenberg J., Hampel R., Selg H., 1984)

Опросник содержит 12 шкал. Шкалы опросника I—IX являются основными, или базовыми, а X—XII – производными, или регулируемыми. Производные шкалы составлены из вопросов основных шкал и обозначаются иногда не римскими цифрами, а буквами E, N, M соответственно. Ниже представлено описание шкал:

1. Шкала I (невротичность);
2. Шкала II (спонтанная агрессивность);
3. Шкала III (депрессивность);
4. Шкала IV (раздражительность);
5. Шкала V (общительность);
6. Шкала VI (уравновешенность);
7. Шкала VII (реактивная агрессивность);
8. Шкала VIII (застенчивость);
9. Шкала IX (открытость);
10. Шкала X (E) (экстраверсия – интроверсия);
11. Шкала XI (N) (эмоциональная лабильность);
12. Шкала XII (M) (маскулинность – фемининность).

К низким относятся оценки в диапазоне 1-3 балла, к средним – 4–6 баллов, к высоким – 7–9 баллов.

2.2.4. Шкалы и опросники, используемые для оценки семейных взаимоотношений (с позиции больного эпилепсией)

Шкала семейного окружения (ШСО, Family Environmental Scale (FES), Moos R. H., 1974, в адаптации Куприянова С.Ю., 1985) (Малкина-Пых И.Г., 2008).

А. Показатели отношений между членами семьи: сплоченность, экспрессивность, конфликт.

Б. Показатели личностного роста: независимость, ориентация на достижения, интеллектуально-культурная ориентация, ориентация на активный отдых, морально-нравственные аспекты.

В. Показатели управления семейной системой: организация, контроль.

2.2.5. Психологическая диагностика отношения к болезни

Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ, Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2005).

Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. Эти отношения больного изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности.

Классификация типов отношения к болезни: 1. Гармоничный (Г) (реалистичный, взвешенный); 2. Эргопатический (Р) (стенический); 3. Анозогнозический (З); 4. Тревожный (Т); 5. Ипохондрический (И); 6. Неврастенический (Н); 7. Меланхолический (М); 8. Апатический (А); 9. Сенситивный (С); 10. Эгоцентрический (Э); 11. Паранойяльный (П); 12. Дисфорический (Д).

2.2.6. Исследование качества жизни больных эпилепсией

Нейропсихологическое тестирование с использованием опросника QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-31, Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al., 1998) – качество жизни при эпилепсии, версия 1.0) позволяет количественно оценить общий балл/процент и 7 основных сфер качества жизни

больного эпилепсией: боязнь приступов, общее качество жизни, эмоциональное благополучие, энергичность/утомляемость, когнитивное функционирование, влияние препаратов, социальное функционирование.

При анализе результатов нейропсихологического тестирования с помощью опросника QOLIE-31 условно приняли балльную оценку до 39 соответствующую низкому, от 40 до 79 – среднему, свыше 80 баллов – хорошему КЖ.

Дополнительно пациенту предлагалась визуальная аналоговая шкала, где необходимо оценить уровень качества жизни от 0 до 100.

2.2.7. Методы нейрофизиологического обследования

Всем больным проводилось стандартное электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) по общепринятой методике наложения электродов «10-20», на аппарате «Телепат-1», с оценкой монтажа по среднему монополярному методу. У всех пациентов изучали БЭА головного мозга и ее изменения сначала в фоновой регистрации, затем при стандартных пробах ЭЭГ-обследования: открывание и закрытие глаз, гипервентиляция, ритмической фотостимуляции. При анализе ЭЭГ оценивались диффузные и локальные изменения БЭА, межполушарная асимметрия, пароксизмальные изменения активности в фоновой записи и при проведении функциональных проб, наличие эпилептической активности и ее локализация.

2.2.8. Метод МРТ головного мозга

Исследование групп пациентов проводилось при помощи метода магнитно-резонансной томографии, на аппарате «Philips ACHIEVE 1,5Тл», протокол FLAIR ИП – срезы 1мм, T1ВИ-срезы 1мм без пробела с использованием тонкой структурной нейрореконструкции. МРТ осуществлялась по стандартным правилам в 3-ех проекциях (аксиальной,

сагиттальной и коронарной) в режиме T1T2 и протонной плотности с получением T1-и T2-взвешенных изображений ГМ. Оценка результатов проводилась по заключениям рентгенологов, с занесением в таблицу распределения частоты встречаемости патологических признаков по следующим показателям: топография патологических очагов головного мозга; глубина и распространённость кортикальных и субкортикальных очагов глиозного и кистозного характера; уровень поражения подкорковых структур, базальных ганглиев, стволовых и мозжечковых образований; стороне расположения очагового поражения, межполушарной асимметрии; характеристике размеров очагов (лакунарные, очаговые, долевые); наличие наружной и внутренней гидроцефалии; наличие аномалий развития головного мозга; наличие и характеристика фокальных кортикальных дисплазий в соответствии с классификацией нарушений кортикального развития (Barkovich A.J., 2012) и изменений гиппокампов различного генеза.

2.3 Статистическая обработка

Обработка результатов включала в себя количественный и качественный анализ полученных данных. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ SPSS.23 и Excel.

Математико-статистический метод – совокупность приемов исследования массовых объектов, с целью получения количественных характеристик и выявления общих закономерностей. В соответствии с поставленными задачами исследования использовалась математико-статистическая обработка при помощи прикладного пакета SPSS 23. В исследовании были применены следующие методы математической статистики.

Параметрические данные оценивались с помощью методов описательной статистики (вычисление средних значений, средних квадратичных отклонений, анализ частот). Достоверность различий между показателями групп исследования оценивалась: для параметрических данных на основании t-

критерия Стьюдента, для непараметрических –U-критерия Манна-Уитни и ϕ^* -углового преобразования Фишера. Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $p=0,05$. Также нами использовались корреляционный (коэффициент ранговых корреляций Спирмена) анализ.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО–ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

3.1. Анализ социально-демографических характеристик пациентов с суицидальным поведением и пациентов без суицидальной активности

Анализ полученных данных целесообразно начать с рассмотрения социально-демографических факторов суицидального риска, к которым, как правило, относятся пол, возраст, культуральные особенности индивидов, степень их социальной успешности и интегрированности (уровень образования, трудовая занятость, качество жизни и другие), особенности семейного окружения и социальной поддержки (наличие и состав семьи, ее функциональность). Путем анализа данных параметров можно всесторонне оценить степени социальной адаптации обследуемых лиц.

Социальное значение эпилепсии определяется распространенностью, молодым возрастом больных, потенциально тяжелыми последствиями, осложнениями и недостаточной эффективностью лечения в 20—25 % случаев. Заболевание существенно ограничивает жизнедеятельность, приводит к социальной «недостаточности» многих больных. В связи с этим наличие инвалидности для лиц молодого возраста может расцениваться как стигматизирующий элемент. Распределение по наличию инвалидности по основному заболеванию представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Наличие инвалидности у пациентов двух групп

Группа инвалидности	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Без инвалидности	14	34,1	37	52,1	51	45,5
II группа	24	58,5	27	38,0	51	45,5
III группа	3	7,3	7	9,9	10	8,9

Основываясь на представленных в таблице 2 данных, можно сказать о том, что в целом по выборке в равной пропорции представлены пациенты без инвалидности (45,5%, N=51) и пациенты с инвалидностью второй группы (45,5%, N=51), пациенты с третьей группой инвалидности составили лишь 8,9% (N=10) от общей выборки. Пациентов с инвалидностью 1 группы и «инвалидов-детства» не было в данном исследовании. Анализируя каждую группу в отдельности, мы выявили, что большинство пациентов с суицидальными мыслями имеют вторую группу инвалидности (58,5% респондентов, N=24), 7,3% пациентов с III группой инвалидности и 34,1% без инвалидности соответственно. Больше половины пациентов второй группы (без суицидальных намерений в анамнезе) инвалидности не имеют (52,1% респондентов, N=37); II группа у 38,0% (N=27) пациентов, III группа у 9,9% (N=7)

Таким образом, можно констатировать, что 65,8% пациентов первой группы имеют инвалидность (II и III группы, N=27), во второй группе инвалидность имеют порядка 47,9% пациентов (II и III группы, N=34). Различия по инвалидизации пациентов между группами являются достоверными на уровне значимости $p=0,05$. Различий по полу ни в одной из групп не было выявлено, $p>0,05$.

В дальнейшем проводилась сравнительная характеристика образовательного уровня и трудовой занятости пациентов. Данные по уровню образования пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение пациентов двух групп по уровню образования

Уровень образования	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
«Специальная школа»	-	-	3	4,2	3	2,7
Неполное среднее образование	7	17,1	10	14,1	17	15,2
Среднее и среднее специальное образование	20	48,8	22	31,0	42	37,5

Продолжение таблицы 3

Незаконченное высшее образование	4	9,8	12	16,9	16	14,3
Высшее образование	10	24,4	24	33,8	34	30,4

По результатам анализа образовательного уровня респондентов было выявлено, что наибольшее число пациентов с суицидальными мыслями имеет среднее и среднее специальное образование (48,8% респондентов, N=20); неполное среднее у 17,1% респондентов (N=7), незаконченное высшее образование у 9,8% (N=4), высшее образование у 24,4% (N=10).

Среди пациентов, не имеющих суицидальных мыслей, примерно в равной степени представлены те, кто имеет среднее и среднее специальное образование (31,0%, N=22), а также те, кто имеет высшее образование (33,08%, N=24). 3 пациента из второй группы (4,2%) получали образование в «специализированных» учебных заведениях. Неполное среднее образование среди респондентов 2 группы у 14,1% (N=10), незаконченное высшее образование у 33,8% (N=24) соответственно.

В результате использования ϕ^* -углового преобразования Фишера с целью сравнения выраженности данного показателя в группах было выявлено, что в 1 группе пациентов доля имеющих среднее и среднее специальное образование статистически значимо выше, чем в группе пациентов без суицидальных мыслей ($p \leq 0,05$); в группе пациентов, не имеющих суицидальных идей и попыток суицида, в целом больше респондентов с высшим и неоконченным высшим образованием ($p \leq 0,05$).

Что касается трудовой деятельности, то распределение пациентов по трудовой занятости представлено в таблице 4.

Таблица 4 – Распределение пациентов двух групп по трудовой занятости

Трудовая занятость	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Не работает	32	78,0	39	54,9	71	63,4
Работает	9	22,0	32	45,1	41	36,6

Как видно из данных, представленных в таблице 4, большинство пациентов с суицидальной активностью являются неработающими (78% респондентов, N=32), трудоустроены только 9 пациентов (22,0%). Среди пациентов, не имеющих суицидальных мыслей, трудовая занятость отсутствует у 54,9% (N=39) пациентов, работают 32 пациента (45,1%). Различия в трудовой деятельности пациентов двух групп оказались статистически значимыми ($p \leq 0,01$). Различий по полу в группах выявлено не было ($p > 0,05$).

В исследовании нами также были проанализированы условия проживания пациентов и специфика их семейного контекста, как факторов, свидетельствующих о социальном неблагополучии, сложной семейно-бытовой ситуации или отсутствии семейной поддержки. На наш взгляд, стоит сказать о том, что, говоря с пациентом о семье, нами подразумевалась та семья, которую сам пациент считает семьей (будь то родительская семья или своя собственная).

Характеристика семейного статуса пациентов представлен в таблице 5.

Таблица 5 – Характеристика семейного статуса пациентов

Семейный статус	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Свободны	17	41,5	41	57,8	58	51,8
Замужем (женаты)	8	19,5	23	32,4	31	27,7
Разведены	8	19,5	2	2,8	10	8,9
В отношениях	7	17,1	5	7,0	12	10,7
Вдовцы/вдовы	1	2,4	0	0	1	0,9

Как видно из таблицы 5, если говорить про выборку в целом, большинство пациентов двух групп являются одинокими (свободные – 51,8% (N=58), разведенные – 8,9% (N=10), вдовец – 0,9% (N=1)). 38,4% (N=43) пациентов всей выборочной совокупности состоят в официально зарегистрированных или не зарегистрированных отношениях; в не зарегистрированных отношениях (10,7%, N=12) или официальном браке (27,7%, N=31). При более детальном рассмотрении каждой группы в отдельности становится очевидным, что такое же соотношение свободных

пациентов и пациентов, состоящих в официальных или неофициальных отношениях, сохраняется в обеих группах.

Существуют некоторые различия, касающиеся семейного статуса пациентов двух групп. Так, среди пациентов обеих групп больше всего тех, кто является свободным, не состоит в отношениях, то есть является одиноким (51,8%, N=58). В первой группе таковых 41,5% (n=17), во второй – 57,8% (N=41). Порядка четверти (27,7% (N=31)) всех респондентов состоят в официальном браке (1 группа 19,5% (N=8) и 2 группа 32,4% (N=23)). Около 10,7% (N=12) всех пациентов находятся в отношениях (1 группа 17,1% (N=7), 2 группа 7% (N=5)). В общей выборке 8,9% (N=10) - разведены (1 группа 19,5% (N=8), 2 группа 2,8% (N=2)). Среди пациентов первой группы также есть одна вдова (2,4%, N=1). Статистически значимых различий между группами не выявлено, $p > 0,05$.

Наличие сиблингов отображено в таблице 6.

Таблица 6 – Наличие братьев и сестер у обследуемых пациентов

Наличие сиблингов	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Старший ребенок в семье	14	34,1	19	26,8	33	29,5
Младший ребенок в семье	8	19,5	8	11,3	16	14,3
Единственный ребенок в семье	19	46,3	44	62,0	63	56,3

В таблице 6 представлено, что большинство пациентов обеих групп являются единственным ребенком в семье, что составляет около 56,3% по всей выборке (N=63). Треть респондентов выборочной совокупности являются старшими детьми в своих семьях (29,5%, N=33) и лишь 14,3% (N=16) респондентов всей выборки являются младшими. Среди пациентов 1 и 2 групп большинство были единственными детьми в семьях (1 группа 46,3%, N=19; 2 группа 62%, N=44).

По данному показателю значимых различий между группами пациентов, а также между мужчинами и женщинами в каждой группе не было обнаружено, $p > 0,05$.

В процессе интервью пациенты обеих групп, являющиеся старшими детьми в своей семье (1 группа 34,1%, N=14; 2 группа 26,8%, N=19), отмечали, что в силу их заболевания, а также постоянного нахождения в лечебных учреждениях, родители уделяли им меньше внимания, чем младшим детям (наличие младших сиблингов: 1 группа 19,5%, N=8; 2 группа 11,3%, N=8).

Также были выявлены различия между пациентами двух групп, связанные со структурой семьи. В исследовании, мы также обращали внимание на отношения пациентов в семье, для этого мы просили пациентов самостоятельно оценить отношения в своих семьях. Нами были выделены два типа семейных отношений пациентов: гармоничные и дисгармоничные. Далее представлены полученные нами результаты по структуре семей пациентов и характеру отношений в семье.

Данные по структуре семей пациентов представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Анализ структур семей пациентов, страдающих эпилепсией

Структура семьи	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Полная семья	25	61,0	68	95,8	93	83,0
Неполная семья	13	31,7	3	4,2	16	14,3
Сирота	3	7,3	-	-	3	2,7

В ходе анализа структуры семей пациентов, принявших участие в исследовании, было выявлено, что практически все пациенты, вошедшие во вторую группу, имели полную семью (95,8%, N=68), лишь три человека таковой не имели (4,2%, N=3). Среди пациентов первой группы полную семью имели порядка 61% пациентов (N=25), неполную – 31,7% (N=13), ещё 7,3% (N=3) респондентов являются сиротами. Стоит отметить, что все сироты – женщины. Различия между группами, связанные со структурой семьи пациентов, являются значимыми ($p=0,01$), что, предположительно, может

свидетельствовать о том, что пациенты с суицидальными намерениями чаще, чем пациенты без таковых, имеют неполную семью (1 группа 31,7%, N=13; 2 группа 4,2%, N=3) или являются сиротами (1 группа 7,3%, N=3; 2 группа, отсутствуют). Различий по полу между пациентами двух групп не было выявлено, $p > 0,05$.

Таким образом, можно сделать предположение, что структура семьи пациентов, страдающих от эпилепсии, может выступать в качестве фактора, свидетельствующего о социальном неблагополучии и отсутствии семейной поддержки. Что также отражено в оценке пациентами отношений в их семьях, которая представлена в таблице 8.

Таблица 8 – Анализ взаимоотношений в семьях обследуемых лиц, по мнению респондентов

Тип отношений в семье	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гармоничные отношения	25	61,0	69	97,2	94	83,9
Дисгармоничные отношения	16	39,0	2	2,8	18	16,1

В целом по выборке отношения в своих семьях респонденты обеих групп оценили преимущественно как гармоничные (83,9%, N=94), 16,1% (N=18) – как дисгармоничные. Однако сравнительный анализ данных двух групп показывает, что практически все пациенты второй группы (97,2%, N=69) охарактеризовали отношения в своих семьях как гармоничные (дисгармоничные в 2,8% случаев, N=2), в то время как в первой группе около 39% (N=16) пациентов назвали отношения в своей семье дисгармоничными (гармоничные в 61,0% случаев, N=25). Полученные различия являются значимыми ($p \leq 0,01$). Кроме того, стоит отметить, что в ходе корреляционного анализа было выявлено, что тип отношений в семьях пациентов образует обратную связь с показателем «морально-нравственные аспекты» шкалы семейного окружения ($r = -0,05$, $p \leq 0,030$), что свидетельствует о том, что в

семьях с гармоничными отношениями внутри семьи выше уровень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям.

В дальнейшем был проведен анализ в общей выборке такого показателя как «проживание с семьей», результат отображен в таблице 9.

Таблица 9 – Анализ фактора «проживание с семьей» в обследуемых группах

Параметр	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс	%	Абс.	%
Проживание без семьи	16	39,0	15	21,1	31	27,7
Проживание с семьей	25	61,0	56	78,9	81	72,3

На момент проведения исследования большинство испытуемых (72,3%, N=81) проживало с семьей, 27,7% (N=31) – без семьи. Среди пациентов 1 группы значимо большее число проживающих без семьи (39,0%, N=16; проживали с семьей 61,0%, N=25), нежели среди пациентов 2 группы (21,1%, N=15; проживали с семьей 78,9%, N=56). По данному показателю были выявлены достоверно значимые различия между группами ($\chi^2 = 2,009$; $p \leq 0,05$).

3.2. Анализ клинико-anamnestических и клинико-психопатологических особенностей пациентов

3.2.1. Сравнительная характеристика отягощенности наследственности психопатологией и суицидальным поведением

При сборе анамнеза нами выявлялась отягощенность наследственности пациентов психопатологией и суицидальным поведением у их родственников. Полученные нами данные по отягощенности наследственности пациентов по эпилепсии и психическим заболеваниям представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Отягощенность наследственности по эпилепсии и психическим заболеваниям

Наличие отягощенности:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отягощена	5	12,2	5	7,0	10	8,9
Не отягощена	36	87,8	66	93,0	102	91,1

Таким образом, наследственность по эпилепсии и психическим заболеваниям в 1 группе отягощена у 12,2% пациентов (N=5), в контрольной группе – у 7% (N=5). Достоверных различий по отягощенности наследственности между пациентами двух групп выявлено не было ($p>0,05$).

В таблице 11 представлена частота встречаемости суицидального поведения (суицидальных намерений и попыток суицида) у родственников пациентов двух групп.

Таблица 11 – Наличие попыток суицида и завершённый суицид в семье и у родственников

Наличие попыток суицида и завершённый суицид в семье и у родственников	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
В анамнезе отсутствуют	27	65,9	70	98,6	97	86,6
В анамнезе присутствуют	14	34,1	1	1,4	15	13,4

Опираясь на полученные результаты, можно сделать вывод о том, что в семьях пациентов с суицидальными мыслями чаще встречается подобное поведение и у их родственников, что подтвердилось в нашем исследовании. Так, у трети пациентов 1 группы (34,1% пациентов, N=14) попытки суицида и завершённый суицид имели место быть у их родственников, во 2 группе подобное поведение встретилось лишь в 1 случае (1,4%). Достоверных различий между пациентами двух групп выявлено не было ($p>0,05$).

В ходе анализа способов суицида у родственников пациентов, принявших участие в нашем исследовании, были получены результаты, представленные в таблице 12.

Таблица 12 – Используемые родственниками пациентов способы суицида

Способы суицида:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повешение	4	9,8	1	1,4	5	4,5
Использование огнестрельного оружия	4	9,8	-	-	4	3,6
Самоповреждение	2	4,9	-	-	2	1,8
Удушье (вдыхание инертных или токсичных газов)	2	4,9	-	-	2	1,8
Падение с высоты	1	2,4	-	-	1	0,9
Отравление с использованием медикаментов	1	2,4	-	-	1	0,9
Нет	27	65,9	70	98,6	97	86,6

Так, наиболее распространенными способами суицида, используемыми родственниками пациентов, явились повешение (4,5%, N=5) и использование огнестрельного оружия (3,6%, N=4), далее идут самоповреждение (1,8%, N=2) и удушье (1,8%, N=2), также единичными случаями являются падение с высоты (0,9%, N=1) и отравление медикаментами (0,9%, N=1). Во 2 группе был выявлен один случай суицидальной активности у родственников, в качестве способа суицида было использовано повешение (1,4%, N=1). Также стоит отметить, что в 1 группе пациентов мыслями предпочитаемые их родственниками способы суицида более разнообразными оказались у родственников женщин, что отображено на рисунке 1.

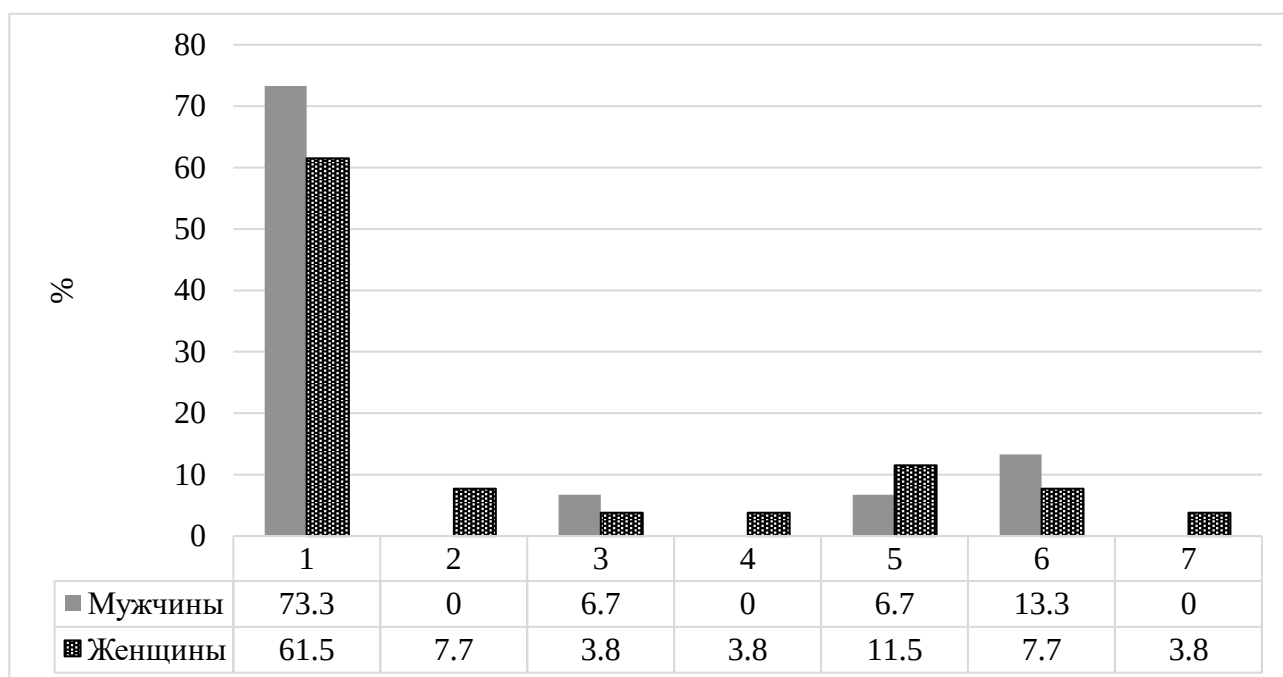


Рисунок 1. – Распределение используемых способов суицида родственниками мужчин и женщин с суицидальными мыслями в общей выборке, %

Примечание: 1 – отсутствие суицидов; 2 – самоповреждение; 3 – удушье (вдыхание инертных или токсичных газов); 4 – падение с высоты; 5 – использование огнестрельное оружие; 6 – повешение; 7 – отравление с использованием медикаментов.

Как продемонстрировано на рисунке 1, для женщин характерно разнообразное распределение по предпочитаемым методам самоубийства, по сравнению с мужчинами в общей выборке. Так самоповреждение (7,7%), падение с высоты (3,8%) и отравление с использованием медикаментов (3,8%) представлено только среди женщин. Использование огнестрельного оружия также предпочитаем женщинами (11,5%), нежели мужчинами (6,7%). Среди мужчин получили распространение такие методы как удушье (6,7%, у женщин 3,8%) и повешение (13,3%, у женщин 7,7%).

Распределение предпочитаемых пациентами (только для 1 группы) способов суицида представлено в таблице 13.

Таблица 13 – Распределение предпочитаемых способов суицида в группе пациентов с суицидальными мыслями

Способ суицида	Вся выборка		Мужчины (n=15)		Женщины (n=26)	
	Абс.	%	Абс	%	Абс	%
Отравление с использованием медикаментов	25	60,98	8	53,33	17	65,38
Самоповреждение	7	17,07	3	20,00	4	15,38
Повешение	3	7,32	2	13,33	1	3,85
Падение с высоты	3	7,32	-	-	3	11,54
Удушье (вдыхание инертных или токсичных газов)	1	2,44	1	6,67	-	-
Удар транспорта	1	2,44	-	-	1	3,85
Нет	1	2,44	1	6,67	-	-

Как показало проведенное нами исследование, пациенты, страдающие от эпилепсии, с суицидальными мыслями из всех возможных способов суицида были склонны предпочитать отравление лекарственными препаратами – 25 пациентов (8 мужчин и 17 женщин), что составляет 61%, возможно, ввиду доступности данного метода. Стоит отметить, что упомянутые методы самоубийства, выявленные методом интервью, не имели плана и носили предпочтительный характер.

Так, из таблицы 13 видно, что вторым по распространенности способом суицида как для мужчин, так и для женщин явилось самоповреждение (20% - мужчины (N=3) и 15,38% - женщины (N=4)), на третьем месте у мужчин оказалось повешение (13,33%, N=2), у женщин - падение с высоты (11,54%,

N=3). Распределение предпочитаемых способов суицида в группе пациентов с суицидальными мыслями представлено на рисунке 2.

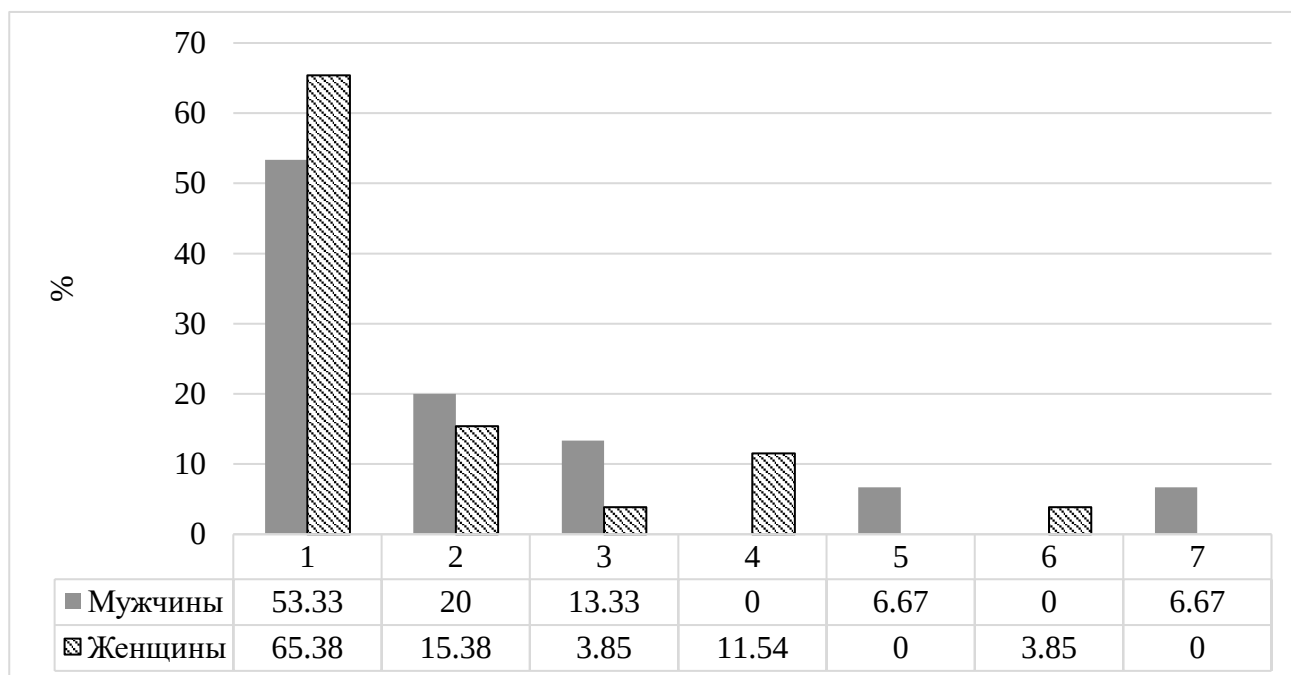


Рисунок 2. – Распределение предпочитаемых способов суицида в группе пациентов с суицидальными мыслями, %

Примечание: 1 – отравление с использованием медикаментов; 2 – самоповреждение; 3 – повешение; 4 – падение с высоты; 5 – удушье (вдыхание инертных или токсичных газов); 6 – удар транспорта; 7 – нет методов суицида.

Падение с высоты и удар транспорта были характерны в нашем исследовании только для женщин (11,54%, 3,85%), а удушье – для мужчин (3,85%). Один испытуемый из группы не указал ни одного предпочитаемого способа суицида, позволим себе предположить, что это обусловлено наличием у него общих мыслей, связанных с суицидом, но отсутствием на момент обследования предпочтений относительно какого-то конкретного способа суицида.

Достоверных различий между пациентами двух групп выявлено не было ($p > 0,05$).

Проанализировав данные по предпочитаемым способам суицида у мужчин и женщин с суицидальными мыслями, мы пришли к заключению о том, что женщины в отличие от мужчин склонны предпочитать более эмоционально окрашенные, импульсивные, даже демонстративные, способы суицида, к примеру, падение с высоты, удар транспорта, которые не характерны для мужчин. Что касается мужчин, то они, напротив, склонны в большей степени выбирать такие способы суицида, которые требуют большего планирования и обдумывания, уединения (к примеру, удушье, повешение). Бесспорно, высказанная нами идея – это только предположение, требующее более детального и углубленного изучения. Однако данное предположение может быть объяснено более выраженной эмоциональностью женщин.

3.2.2. Сравнительная характеристика особенностей жалоб и анамнеза жизни пациентов

В таблице 14 указаны основные жалобы пациентов.

Таблица 14 – Жалобы пациентов на момент осмотра

	1 группа		2 группа		Общая выборка		p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Пароксизмальные расстройства сознания	37	90,2	48	67,6	85	75,9	0,01
Головные боли	34	82,9	19	26,8	53	47,3	0,01
Головокружения	32	78,0	13	18,3	45	40,2	0,01
Тревога	31	75,6	23	32,4	54	48,2	0,01
Судороги	27	65,9	33	46,5	60	53,6	0,05
Чувство слабости, повышенная утомляемость	24	58,5	18	25,4	42	37,5	0,01
Нарушения памяти	24	58,5	27	38,0	51	45,5	0,05
Нарушения сна	19	46,3	4	5,6	23	20,5	0,01
Нарушение аппетита	17	41,5	4	5,6	21	18,8	0,01
Ощущение жжения, покалывания	16	39,0	4	5,6	20	17,9	0,01

На момент осмотра все пациенты 1 группы группы имели жалобы. Что касается 2 группы, то в ней жалобы были практически у всех пациентов (95.8% человек), жалоб не было лишь у 3 пациентов без суицидальной активности (4.2%).

Как видно из таблицы 14, наибольшее количество жалоб в обеих группах вызывают пароксизмальные расстройства сознания, они вызывают жалобы в 75,9% случаев, N=85 (1 группа 90,2%, N=37; 2 группа 67,6%, N=48). Однако стоит отметить, что выраженность жалоб на пароксизмальные расстройства сознания в группе пациентов с суицидальными мыслями выше, чем среди пациентов без суицидальных идей ($p \leq 0,01$). Далее в группе пациентов с суицидальными мыслями идут жалобы на головную боль (82,9%, N=34), головокружение (78%, N=32) и тревогу (75,6%, N=31). Среди пациентов 2 группы жалобы на пароксизмальные расстройства сознания (67,6%, N=48), судороги (46,5%, N=33), нарушения памяти (38%, N=27). Меньше всего жалоб в обеих группах на нарушение сна (1 группа 46,3%, N=19; 2 группа 5,6%, N=4), нарушение аппетита (1 группа 41,5%, N=17; 2 группа 5,6%, N=4) и ощущение жжения, покалывания (1 группа 39,0%, N=16; 2 группа 5,6%, N=4). Стоит подчеркнуть, что в группе пациентов с суицидальными мыслями число жалоб выше по всем показателям ($0,05 \leq p \leq 0,01$). Женщины с суицидальными мыслями чаще, чем мужчины с суицидальными мыслями жалуются на нарушения памяти, аппетита и тревогу ($p \leq 0,05$).

Далее представлены данные, касающиеся особенностей анамнеза жизни пациентов двух групп. Первыми показателями, которые мы рассмотрим, являются употребление психоактивных веществ (ПАВ) и периодическое употребление алкоголя (без абстинентного синдрома, не более 2–3 раз в неделю), данные представлены на рисунке 3.

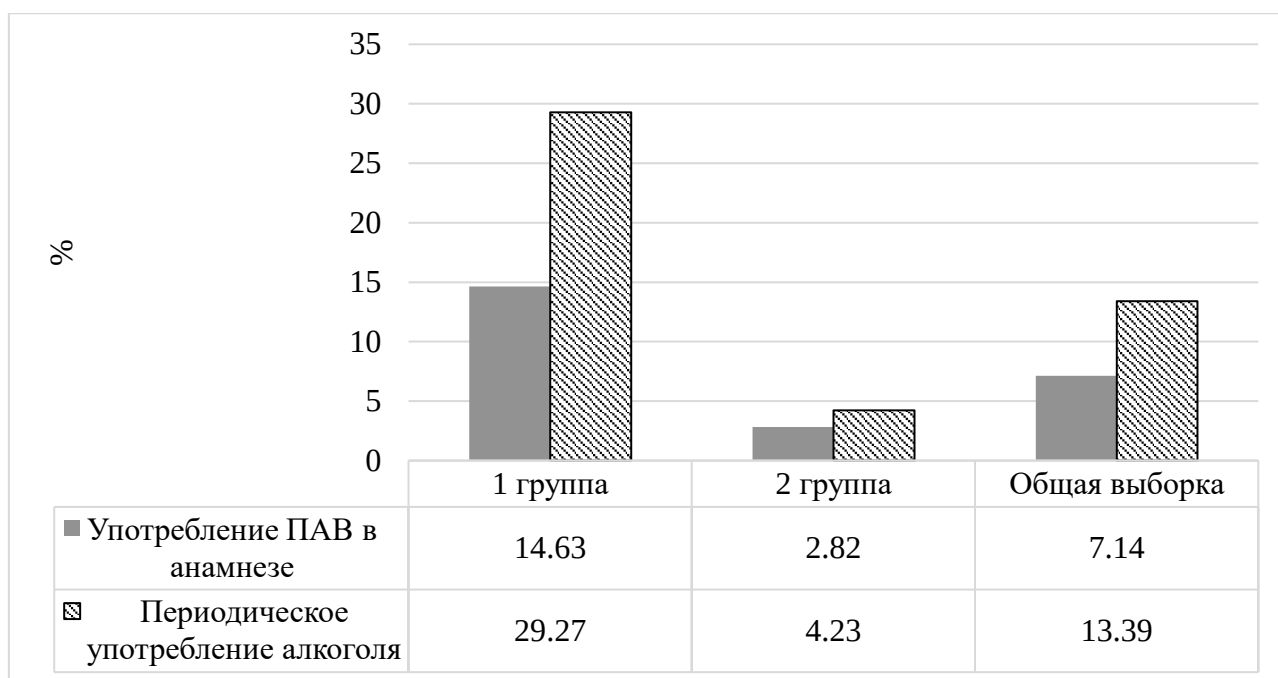


Рисунок 3. – Распределение данных по показателям употребления психоактивных веществ и алкоголя в общей выборке, %

Как видно из рисунка 3, процент пациентов, имеющих эпизоды употребления ПАВ в анамнезе, в 1 группе выше, чем во 2 группе (14,63% и 2,82%, соответственно). Кроме того, в первой группе пациентов с периодическим употреблением алкоголя больше, чем во второй (29,3% и 4,2%, соответственно). Полученные различия являются значимыми ($\chi^2 = 3,727$; $p \leq 0,01$).

Среди пациентов 1 группы большее число тех, кто употреблял ПАВ в анамнезе, нежели среди пациентов 2 группы ($\chi^2 = 2,284$; $p \leq 0,05$). Также стоит отметить, что мужчины и женщины, вошедшие в группу пациентов с суицидальными мыслями, различаются по периодическому употреблению алкоголя ($\chi^2 = 2,56$; $p \leq 0,01$). Так, данный показатель более выражена у мужчин, чем у женщин (53,3% и 15,4%, соответственно).

Исходя из существования данных, свидетельствующих о влиянии физического и психологического насилия на суицидальное поведение пациентов, нами также были проанализированы данные по наличию в анамнезе пациентов, страдающих от эпилепсии, с суицидальными мыслями и без

суицидальных идеаций данных видов насилия. Полученные нами данные представлены на рисунке 4.

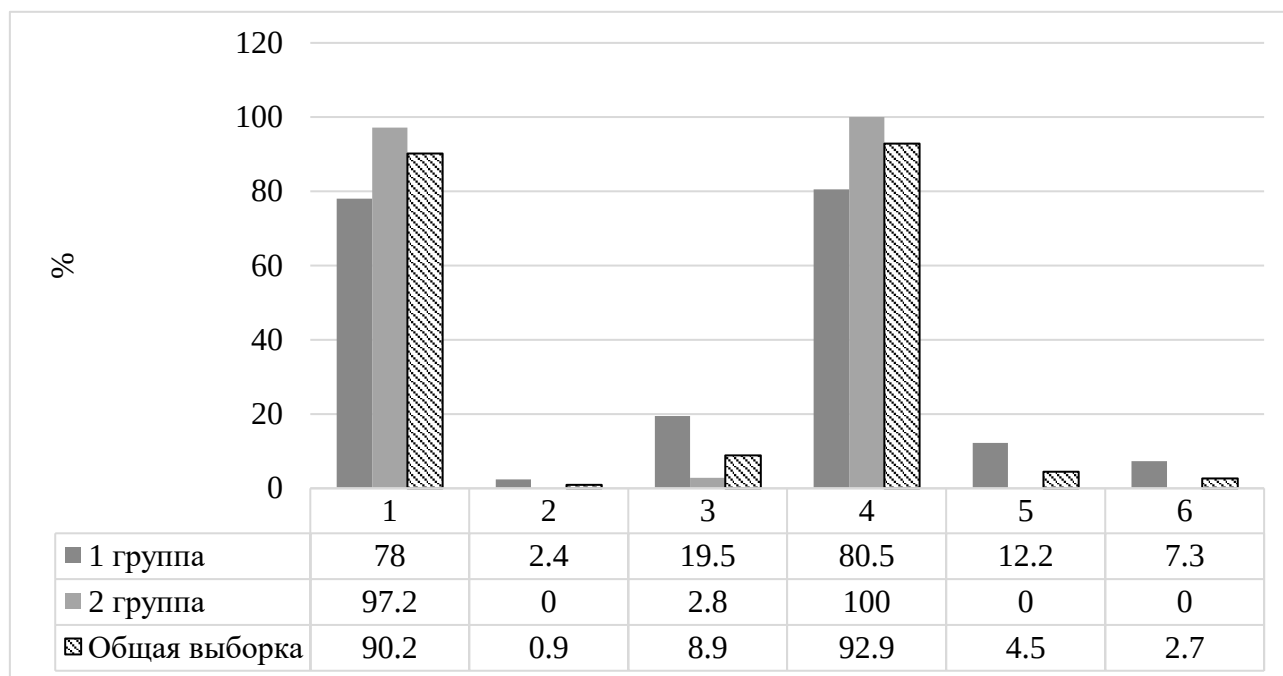


Рисунок 4. – Распределение данных по психологическому и физическому насилию в анамнезе, %

Примечание: 1 – не испытывали психологического насилия (ПН); 2 – ПН со стороны родственников, 3 – ПН со стороны сверстников; 4 – не испытывали физического насилия (ФН); 5 – ФН со стороны родственников; 6 – ФН со стороны сверстников.

Нами было выявлено, что пациенты без суицидальных мыслей реже, чем пациенты с суицидальными идеациями, испытывали как физическое, так и психологическое насилие со стороны родственников и сверстников (1 группа – ПН со стороны родственников 2,4%, ПН со стороны сверстников 19,5%, ФН со стороны родственников 12,2%, ФН со стороны сверстников 7,3%; 2 группа – ПН со стороны сверстников 2,8%).

Кроме того, из рисунка 4 следует, что пациенты 2 группы вообще не испытывали физического насилия ни со стороны родственников, ни со стороны сверстников, в отличие от пациентов 1 группы, а также реже подвергались

психологическому насилию ($\phi^*=3,263$; $p \leq 0,01$). Также стоит отметить, что мужчины из 1 группы, в отличие от женщин, не испытывали психологического насилия со стороны родственников, только со стороны сверстников.

Далее перейдем к сравнительному анализу коморбидной соматической патологии в анамнезе, которая представлена в таблице 15.

Таблица 15 – Особенности развития пациентов и имеющиеся у них в анамнезе соматические нарушения и травмы

Коморбидные заболевания:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Перинатальная постишемическая энцефалопатия в анамнезе	9	22,0	8	11,3	17	15,2
Родовая травма в анамнезе	8	19,5	9	12,7	17	15,2
Неблагоприятное течение беременности у матери	8	19,5	12	16,9	20	17,9
Черепно-мозговая травма в анамнезе	6	14,6	11	15,5	17	15,2
Операции на структурах головного мозга в анамнезе	4	9,8	5	7,0	9	8,0
Гипертоническая болезнь	4	9,8	5	7,0	9	8,0
Сочетание патологий	4	9,8	5	7,0	9	8,0
Сахарный диабет	4	9,8	2	2,8	6	5,4
Новообразования головного мозга (ГМ)	3	7,3	4	5,6	7	6,3
Нейроинфекции в анамнезе	3	7,3	5	7,0	8	7,1
Нарушение сердечного ритма	2	4,9	2	2,8	4	3,6
ОНМК в анамнезе	1	2,4	4	5,6	5	4,5
Инттоксикация	1	2,4	1	1,4	2	1,8
Врожденные аномалии сосудов	1	2,4	-	-	1	0,9
Аллергические реакции	1	2,4	-	-	1	0,9

Продолжение таблицы 15

Краниостеноз и другие аномалии развития черепа	1	2,4	-	-	1	0,9
Врожденный и приобретенный пороки сердца	-	-	2	2,8	2	1,8
Заболевания дыхательной системы	-	-	1	1,4	1	0,9
Патология свёртывающей системы крови	-	-	1	1,4	1	0,9

Анализ показал, что наиболее часто встречаются такие особенности, как перинатальная постишемическая энцефалопатия (15,2%, N=17), родовая травма (15,2%, N=17), неблагоприятное течение беременности у матери (17,9%, N=20), а также черепно–мозговая травма в анамнезе (15,2%, N=17). Кроме того, в результате анализа особенностей развития пациентов, а также нарушений и заболеваний, имеющих у них в анамнезе, не было выявлено значимых различий между пациентами двух групп, $p>0,05$. Стоит отметить, что в 1 группе пациентов в единичных случаях встречаются врожденные аномалии сосудов (2,4%, N=1), аллергические реакции (2,4%, N=1), а также краниостеноз и другие аномалии развития черепа (2,4%, N=1). Во 2 группе пациентов в единичных случаях встречаются врожденный или приобретенный порок сердца (2,8%, N=2), заболевание дыхательной системы (1,4%, N=1), а также патология свертывающей системы крови (1,4%, N=1). Также был выявлен ряд различий между мужчинами и женщинами в обеих группах, которые представлены на рисунке 5.

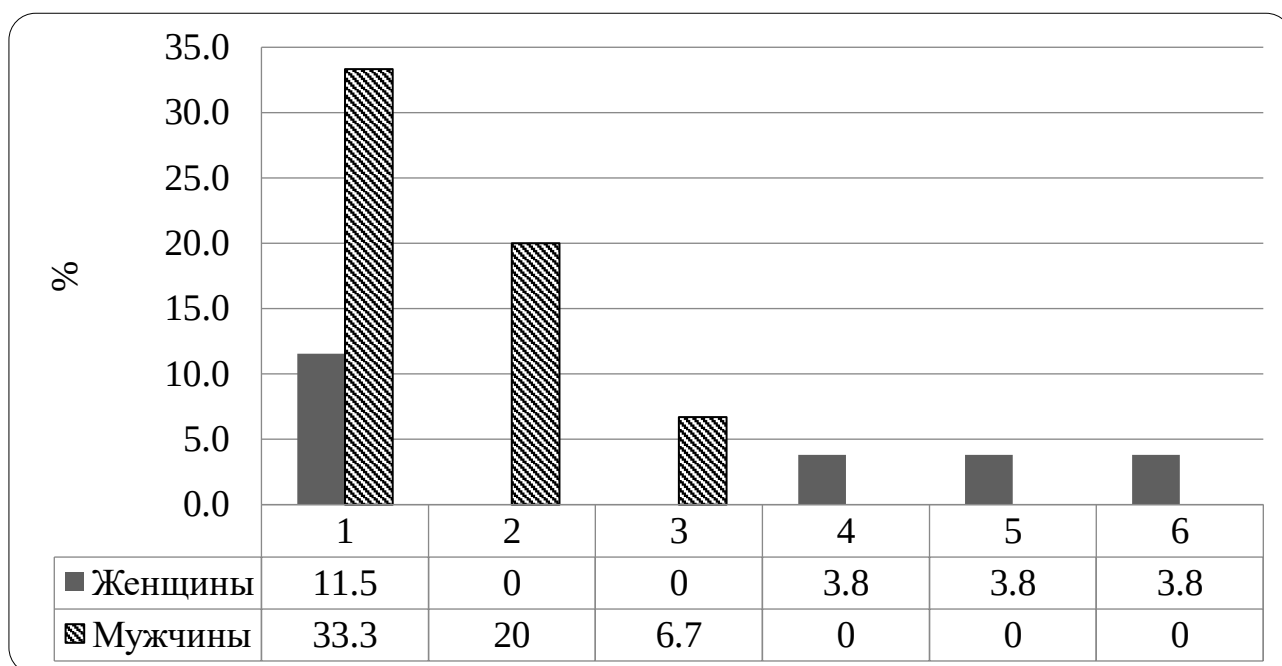


Рисунок 5. – Особенности развития пациентов с суицидальными мыслями и имеющиеся у них в анамнезе нарушения и травмы, %

Примечание: 1 – родовая травма; 2 – новообразования ГМ; 3 – ОНМК в анамнезе; 4 – врожденные аномалии сосудов; 5 – аллергические реакции; 6 – краниостеноз и другие аномалии развития черепа.

Так, в 1 группе пациентов родовая травма чаще встречается среди мужчин (33,3%) ($\varphi^* = 1,659$; $p \leq 0,05$), также у мужчин в трех случаях встречались новообразования головного мозга (20%) и в одном случае – ОНМК в анамнезе (6,7%). У женщин, в отличие от мужчин, были выявлены аномалии сосудов (3,8%), аллергические реакции (3,8%), а также краниостеноз и другие аномалии развития черепа (3,8%). Во 2 группе пациентов у мужчин, в отличие от женщин, встретились интоксикация (2,6%), врожденные и приобретенные пороки (5,1%), нарушение сердечного ритма (5,1%), заболевания дыхательной системы (2,6%), ОНМК в анамнезе (10,3%); у женщин – патология свёртывающей системы крови (3,1%).

Как показал анализ особенностей развития пациентов, а также нарушений и заболеваний, 15,2% пациентов всей выборки имеют черепно–мозговые травмы (ЧМТ) в анамнезе (14,6% случаев в 1 группе и 15,5% случаев во 2

группе). В таблице 16 представлены данные по характеру черепно–мозговой травмы пациентов двух групп.

Таблица 16 – Характер черепно-мозговых травм пациентов

Черепно–мозговая травма:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ЧМТ отсутствует	36	87,8	61	85,9	97	86,6
Сотрясение головного мозга	1	2,4	1	1,4	2	1,8
Ушиб головного мозга	2	4,9	8	11,3	10	8,9
Травматическое субарахноидальное кровоизлияние (САК)	2	4,9	1	1,4	3	2,7

Из таблицы 15 видно, что больше всего случаев ЧМТ в выборке представлено ушибом головного мозга (8,9%, N=10), в меньшей степени сотрясение головного мозга (1,8%, N=2), травматическое субарахноидальное кровоизлияние (2,7%, N=3). В каждой группе также преобладающим ЧМТ является ушиб головного мозга (1 группа 4,9%, N=2; 2 группа 11,3%, N=8), остальные нарушения представлены единично. Достоверных различий не выявлено, $p>0,05$.

По данным неврологического обследования были получены результаты, представленные в таблице 17.

Таблица 17 – Преобладающая семиотика поражения центральной нервной системы по результатам неврологического осмотра

Семиотика поражения ЦНС:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствует	37	90,2	60	84,5	97	86,6
Выражена неотчетливо	1	2,4	4	5,6	5	4,5
Справа	2	4,9	4	5,6	6	5,4
С двух сторон	1	2,4	3	4,2	4	3,6

Как видно из таблицы 17, в большинстве случаев (86,6% по всей выборке, N=97: 1 группа – 90,2% (N=37) и 2 группа – 84,5% (N=60)) признаки очагового поражения центральной нервной системы отсутствуют, также ни в одной из двух групп не было выявлено поражений мозга слева, преимущественно – справа (1 группа 4,9%, N=2; 2 группа 5,6%, N=4).

3.2.3. Сравнительная характеристика параметров основного заболевания и психопатологического статуса

Далее остановимся на анализе особенностей происхождения, протекания эпилепсии, семиотике приступов и сопутствующих расстройствах, представленных в обеих группах пациентов.

Нами не было выявлено значимых различий между группами пациентов по происхождению болезни. Данные по этиологии эпилепсии по выборке в целом и по каждой группе представлены в таблице 18.

Таблица 18 – Этиология эпилепсии

Этиология эпилепсии	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Структурная	25	61,0	44	62,0	69	61,6
С неизвестной этиологией	13	31,7	22	31,0	35	31,3
Генетическая	1	2,4	2	2,8	3	2,7
Иммунная	1	2,4	1	1,4	2	1,8
Метаболическая	-	-	2	2,8	2	1,8
Инфекционная	1	2,4	-	-	1	0,9

Как видно из таблицы 18, большинство пациентов (порядка 61,6% пациентов, N=69) обеих групп имеют эпилепсию со структурной этиологии, то есть эпилепсию с МР–позитивной структурной патологией головного мозга. Второе место по представленности в обеих группах занимает эпилепсия неизвестной этиологии (порядка 31,1% пациентов, N=35), природа основной

причины возникновения которой остается на сегодняшний день неизвестной. Эпилепсии иной этиологии (генетическая, иммунная, метаболическая и инфекционная) встречаются среди пациентов обеих групп в единичных случаях и составляют всего около 7,5% (N=8). Данная закономерность прослеживается при рассмотрении отдельно каждой исследованной группы. Достоверность различий не выявлена, $p > 0,05$.

Представленность эпилепсии с различной этиологией среди мужчин и женщин двух групп показана на рисунке 6.

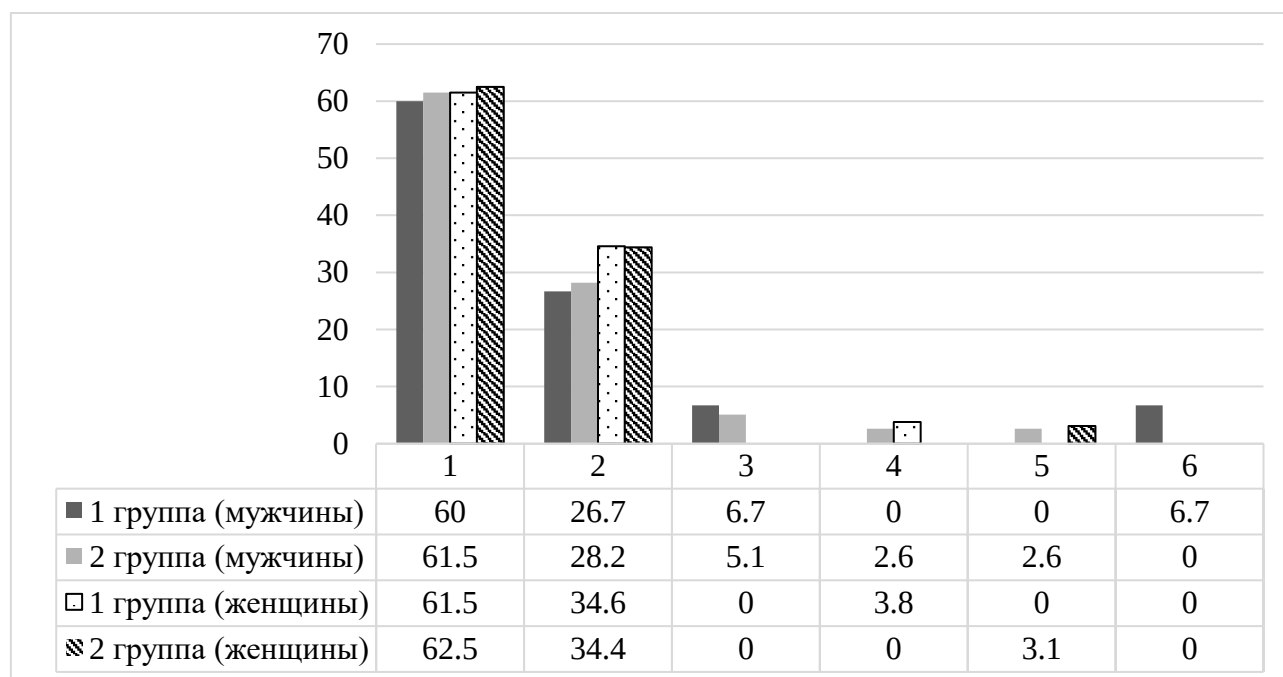


Рисунок 6. – Этиология эпилепсии

Примечание: 1 – структурная; 2 – с неизвестной этиологией; 3 – генетическая; 4 – иммунная; 5 – метаболическая; 6- инфекционная.

Как представлено на рисунке 8, эпилепсия структурной этиологии является преобладающей как среди мужчин (60%, 61,5%), так и женщин (61,5%, 62,5%), вне зависимости от наличия суицидальных мыслей. Достоверных различий также выявлено не было, $p > 0,05$.

Далее нами была проанализирована представленность различных форм эпилепсии в группах пациентов, представлена в таблице 19.

Таблица 19 – Форма эпилепсии в общей выборке

Форма эпилепсии	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Идиопатическая форма эпилепсии	13	31,7	20	28,2	33	29,5
Симптоматическая форма эпилепсии	24	58,5	41	57,7	65	58,0
Криптогенная форма эпилепсии	4	9,8	10	14,1	14	12,5

Так, представленные в таблице 19 данные свидетельствуют о том, что в обеих группах преобладающей формой эпилепсией является симптоматическая (1 группа – 58,5% (N=24) и 2 группа – 57,7% (N=41)), предполагающая установление этиологических факторов заболевания, а также представляющая собой вторичный патологический процесс (приобретенная эпилепсия). Около трети случаев в обеих группах составляет идиопатическая форма эпилепсии (наследственная), при которой отсутствуют этиологические факторы заболевания (1 группа – 31,7% (N=13); 2 группа – 28,2% (N=20)), и около 10-14% случаев представлено криптогенной формой, при которой этиологические факторы заболевания предполагаются, но точно не установлены (1 группа – 9,8% (N=4); 2 группа – 14,1% (N=10)). Так, нами было выявлено, что среди всех пациентов симптоматическая форма эпилепсии является наиболее представленной (58,0% (N=65)). Достоверных различий не выявлено, $p > 0,05$.

Анализ частоты эпилептических припадков в обследуемых группах представлен в таблице 20.

Таблица 20 – Частота припадков у пациентов двух групп

Частота приступов	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Единичные припадки в анамнезе	1	2,4	3	4,2	4	3,6
Несколько раз в год	5	12,2	16	22,5	21	18,8
Ежемесячные	6	14,6	15	21,1	21	18,8

Продолжение таблицы 20

Еженедельные	12	29,3	27	38,0	39	34,8
Ежедневные	10	24,4	5	7,0	15	13,4
Несколько раз в сутки	7	17,1	5	7,0	12	10,7

Данные, представленные в таблице 20, свидетельствуют о том, что в 1 группе припадки происходят чаще, чем во 2 группе, что говорит о том, у пациентов с суицидальными мыслями эпилепсия является плохо контролируемой, что, по данным, представленным в литературе, повышает риск формирования суицидального поведения. В целом по выборке припадки у пациентов случаются чаще всего еженедельно (34,8% (N=39)).

В ходе сравнительного анализа частоты припадков в двух группах было выявлено, что у пациентов 1 группы ежедневные припадки (24,4% (N=10)) случаются статистически значимо чаще, чем во 2 группе (7,0% (N=5)) ($\phi^*=2,534$; $p \leq 0,01$).

Более детальная информация по представленности типов эпилептических припадков в общей выборке, а также в экспериментальной и контрольной группах представлена в таблице 21.

Таблица 21 – Семиотика эпилептических припадков, встречающиеся у пациентов

Семиотика эпилептических припадков:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Приступ типа от фокального к билатеральному тонико-клоническому	30	73,2	42	59,2	72	64,3
Фокальный, немоторный, сенсорные	6	14,6	9	12,7	15	13,4
Фокальный, моторный, клонический	6	14,6	6	8,5	12	10,7
Фокальный, немоторный, эмоциональные	5	12,2	2	2,8	7	6,3
Фокальный, моторный, автоматизмы	4	9,8	15	21,1	19	17,0
Генерализованный тонико-клонический приступ	4	9,8	3	4,2	7	6,3

Продолжение таблицы 21

Фокальный, немоторный, вегетативные	3	7,3	10	14,1	13	11,6
Фокальный, немоторный, заторможенность поведенческих реакций	3	7,3	7	9,9	10	8,9
Фокальный, немоторный, когнитивные	2	4,9	4	5,6	6	5,4
Фокальный, моторный, гиперкинетические	2	4,9	2	2,8	4	3,6
Типичный абсанс	2	4,9	2	2,8	4	3,6
Миоклонически-атонический приступ	2	4,9	-	-	2	1,8
Фокальный, моторный, тонические	1	2,4	4	5,6	5	4,5
Генерализованный миоклонический приступ	1	2,4	1	1,4	2	1,8
Генерализованный атонический приступ	1	2,4	2	2,8	3	2,7
Фокальный моторный атонический	-	-	1	1,4	1	0,9
Миоклонически-тонически-клонический приступ	-	-	1	1,4	1	0,9
Генерализованный тонический приступ	-	-	1	1,4	1	0,9

Из таблицы 21 видно, что в группе пациентов с суицидальными мыслями наиболее распространенным является билатеральный тонико–клонический приступ с фокальным началом (73,2%, N=30). По представленности в выборке после приступов типа от фокального к билатеральному тонико-клоническому поведением идут фокальные немоторные сенсорные и фокальные моторные клонические приступы (в 14,6% случаев каждый, N=6 каждый).

Во 2 группе пациентов второе место по представленности занимают фокальные моторные автоматизмы (21,1% случаев, N=15), третье - фокальные немоторные вегетативные приступы (14,1%, N=10). Вообще не были выявлены ни в одной группе генерализованный клонический приступ, генерализованный эпилептический спазм, атипичный абсанс и абсанс с миоклониями. Значимых различий по частоте представленности различных припадков между группами выявлено не было, $p > 0,05$.

Таким образом, в соответствии с новой международной классификацией эпилепсий и эпилептических приступов можно заключить, что в нашей

выборке наиболее представленными являются фокальные формы эпилепсии, менее представленными являются первично–генерализованные формы эпилепсии.

Данные о склонности к серийному течению представлены в таблице 22.

Таблица 22 – Склонность к серийному течению припадков

Наклонность к серийному течению:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Есть	18	43,9	17	23,9	35	31,3
Нет	23	56,1	54	76,1	77	68,8

Основываясь на полученных в ходе исследования данных, наклонность к серийному течению заболевания в группе пациентов с суицидальными мыслями выше, чем у пациентов без суицидальных идеаций (43,9%, N=18 и 23,9%, N= 17соответственно). Различия между группами являются значимыми ($\chi^2=2,172$; $p \leq 0,05$). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что наклонность к серийному течению заболевания у пациентов с суицидальными мыслями выше, чем у пациентов без суицидальных намерений. Причем в группе мужчин с суицидальными мыслями она выше, чем в группе женщин (60% и 34,6%, соответственно), однако различия не являются значимыми, $p > 0,05$.

Наличие фармакорезистентности с исследуемых группах представлена на рисунке 7.

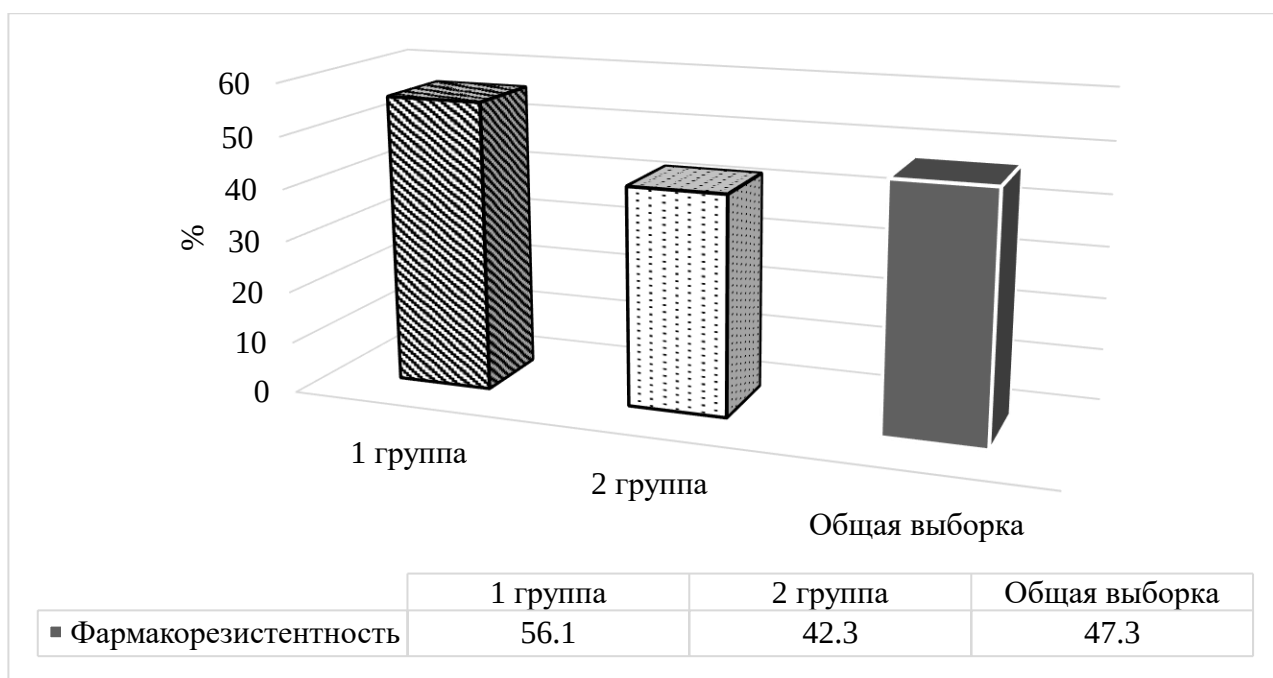


Рисунок 7. – Наличие фармакорезистентности среди пациентов двух групп, %

В ходе проведенного нами анализа данных было установлено, что почти половина всех пациентов (53 человек) характеризуется фармакорезистентностью, что составляет 47,3% от всей выборки. При сопоставлении двух групп пациентов выявлено, что фармакорезистентностью характеризуется 23 пациента 1 группы (56,1%) и 30 пациентов 2 группы (42,3%). Различия по показателю фармакорезистентности являются значимыми на уровне значимости $p \leq 0,05$. Иными словами, в группе пациентов с суицидальными мыслями число пациентов с фармакорезистентностью – устойчивостью к лекарственным препаратам - выше, чем в группе пациентов без суицидальных мыслей.

Далее нами была проанализирована представленность различных видов эпилепсии по МКБ–10 в выборке, продемонстрирована в таблице 23.

Таблица 23 – Виды эпилепсии по МКБ –10

Вид эпилепсии по МКБ 10	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%.

Продолжение таблицы 23

G40.1	13	31,7	32	45,1	45	40,2
G40.2	5	12,2	16	22,5	21	18,8
G40.3	17	41,5	17	23,9	34	30,4
G40.4	4	9,8	5	7,0	9	8,0
G40.5	2	4,9	1	1,4	3	2,7
Всего	41	100	71	100	112	100

Примечание: 40.1 Локализованная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом; G40.2 Локализованная (фокальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками; 40.3 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками; G40.4 Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы; G40.5 Другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов.

Как видно из таблицы 23, наиболее распространенным видом эпилепсии по выборке в целом является локализованная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом (40,2% человек, N=45), при этом наиболее выражена она среди женщин без суицидальных идеаций ($p \leq 0,05$). На втором месте по представленности оказалась локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками (30,4%, N=34). Стоит отметить, что данный вид эпилепсии более выражен в группе пациентов с суицидальными мыслями (1 группа – 41,5%, N=17; 2 группа – 23,9%, N=17; $p \leq 0,05$). Третье место занимает локализованная (фокальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками (18,8%, N=21). В наименьшей мере представлены генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы (8%, N=9), а также другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов (2,7%, N=3). Кроме того, в изучаемой нами выборке не были выявлены особые эпилептические синдромы.

В результате сравнительного анализа было также установлено, что в 1 группе пациентов достоверно значимо больше людей с фокальной структурной эпилепсией и эпилептическими синдромами с комплексными парциальными судорожными припадками ($\phi^*=1,927$; $p \leq 0,05$).

Встречаемость эпилептического расстройство настроения и его разновидностей представлена в таблице 24.

Таблица 24 – Эпилептические расстройства настроения (дисфория)

Эпилептическое расстройство настроения	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	34	82,9	69	97,2	103	92,0
Эксплозивная дисфория	3	7,3	-	-	3	2,7
Анксиозная дисфория	3	7,3	2	2,8	5	4,5
Меланхолическая дисфория	1	2,4	-	-	1	0,9

Анализ эпилептических расстройств настроения показал, что в группе пациентов с суицидальными мыслями дисфории встречаются чаще (17%, N=5), чем в группе пациентов без суицидальной активности (2,8%, N=2).

Из таблицы 24 видно, что в группе пациентов с суицидальными мыслями представлены разные вида дисфорий: эксплозивная (7,3%, N=3), анксиозная (7,3%, N=3), меланхолическая (2,4%, N=1).

В группе пациентов без суицидальных мыслей была выявлена только анксиозная (тревожная) дисфория у мужчин в двух случаях (2.8%). Среди женщин, не имеющих суицидальных мыслей, эпилептических расстройств настроения обнаружено не было. Полученные данные могут свидетельствовать о большей представленности эпилептических расстройств настроения у пациентов с суицидальными идеациями, в сравнении с пациентами без суицидальной активности.

Результаты анализа сопутствующих психических расстройств представлены в таблице 25. Верификация коморбидных психических расстройств проводилась с помощью клинико–психологического метода. Легкое когнитивное расстройство дополнительно устанавливалось методикой MMSE (Mini-Mental State Examination, Краткая шкала оценки психического статуса, Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R., 1975). По шкале MMSE 19-24 балла соответствуют легким когнитивным нарушениям; 10-18 баллов –

умеренным когнитивным нарушениям; 0-9 баллов – тяжелым когнитивным. Результат 25 и выше баллов (из 30) соответствует норме (интактности когнитивных функций) (Левин О.С., 2009).

Таблица 25 – Коморбидные психические расстройства

Коморбидное психическое расстройство	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Депрессивное расстройство	37	90,2	6	8,5	43	38,4
Постиктальные психозы	4	9,8	3	4,2	7	6,3
Кратковременный интериктальный психоз	1	2,4	-	-	1	0,9
Эмоциональная лабильность	29	70,7	16	22,5	45	40,2
Легкое когнитивное нарушение	21	51,2	12	16,9	33	29,5

В ходе изучения сопутствующих психических расстройств было выявлено, что наиболее распространенным коморбидным расстройством у пациентов 1 группы является депрессивное расстройство, которое встретилось в данной группе пациентов в 90,2% случаев (N=37, 2 группа – 8,5%, N=6), постиктальные психозы представлены в 9,8% случаев (N=4, 2 группа – 4,2%, N=3), а кратковременный интериктальный психоз - в 2,4% случаев (N=1).

Полученные нами результаты относительно представленности депрессивного расстройства в группе пациентов с суицидальными мыслями подтверждают имеющиеся в литературе данные о том, что в основе суицидального поведения во многих случаях лежит депрессия (Buljan R., Santic A.M., 2011). Среди пациентов без суицидальных мыслей депрессивное расстройство было выявлено лишь в 8,5% случаев, постиктальные психозы – в 4,2%, кратковременный интериктальный психоз не был представлен в данной группе вообще. Полученные различия по представленности депрессивного расстройства между группами пациентов являются статистически значимыми

($\phi^*=9,753$; $p \leq 0,01$). Таким образом, у пациентов с суицидальными мыслями достоверно значимо выше уровень депрессивного расстройства, что подтверждает имеющиеся в литературе данные о связи уровня депрессии и склонности к суициду.

Кроме того, стоит отметить, что среди пациентов 1 группы большее число респондентов характеризуется эмоциональной лабильностью (70,7%, N=29), а также обнаруживает у себя легкие когнитивные нарушения (51,2%, N=21,2), нежели во 2 группе (22,5%, N=16; 16,9%, N=12). Различия между группами являются значимыми ($p \leq 0,01$). Стоит также добавить, что уровень эмоциональной лабильности у женщин с суицидальными идеациями статистически значимо выше, чем у мужчин ($p \leq 0,05$). Различий между мужчинами и женщинами по уровню эмоциональной лабильности во второй группе обнаружено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, опираясь на полученные результаты, можно заключить, что пациенты с суицидальными идеациями характеризуются более выраженной эмоциональной лабильностью, чем пациенты 2 группы, причем у женщин уровень эмоциональной лабильности выше, чем у мужчин.

Как показал анализ данных, полученных в исследовании, среди пациентов с суицидальными мыслями изменения личности являются более выраженными ($p \leq 0,01$), что показано в таблице 26. Диагностика изменений личности выполнялось с помощью психодиагностического интервью (Киссин М.Я., 2011).

Таблица 26 – Изменения личности у пациентов, страдающих эпилепсией

Изменения личности (тип)	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	3	7,3	55	77,5	58	51,8
Глищроидный	15	36,6	10	14,1	25	22,3
Эксплозивный	12	29,3	4	5,6	16	14,3
Паранойальный	2	4,9	-	-	2	1,8
Шизоидный	2	4,9	-	-	2	1,8

Продолжение таблицы 26

Психастенический	3	7,3	-	-	3	2,7
Истероидный	4	9,8	2	2,8	6	5,4

Как видно из таблицы 26, изменения личности встречаются практически во всех случаях среди пациентов с суицидальными мыслями (92,7%, N=38). Если говорить про характер происходящих личностных изменений, то тут стоит отметить, что у большинства больных обеих групп отмечаются, по словам Киссина М.Я. (Киссин М.Я., 2011), доминантные для эпилепсии изменения личности: глистроидность (1 группа – 36,6%, N=15; 2 группа – 14,1%, N=10) и эксплозивность (1 группа – 29,3%, N=12; 2 группа – 5,6%, N=4). Значительно реже в представленной выборке встречаются такие варианты характерологических изменений, как истероидный (1 группа – 9,8%, N=4; 2 группа – 2,8%, N=2), психастенический (1 группа – 7,3%, N=3; 2 группа – не выявлено), паранойяльный (1 группа – 4,9%, N=2; 2 группа – не выявлено) и шизоидный (1 группа – 4,9%, N=2; 2 группа – не выявлено).

Также стоит сказать о различиях, касающихся изменения личности, между мужчинами и женщинами, результаты представлены на рисунке 8. Стоит отметить, что в большинстве случаев как среди женщин без суицидальных мыслей, так и среди мужчин отсутствовали какие-либо изменения личности в сравнении с мужчинами и женщинами с суицидальными идеациями.

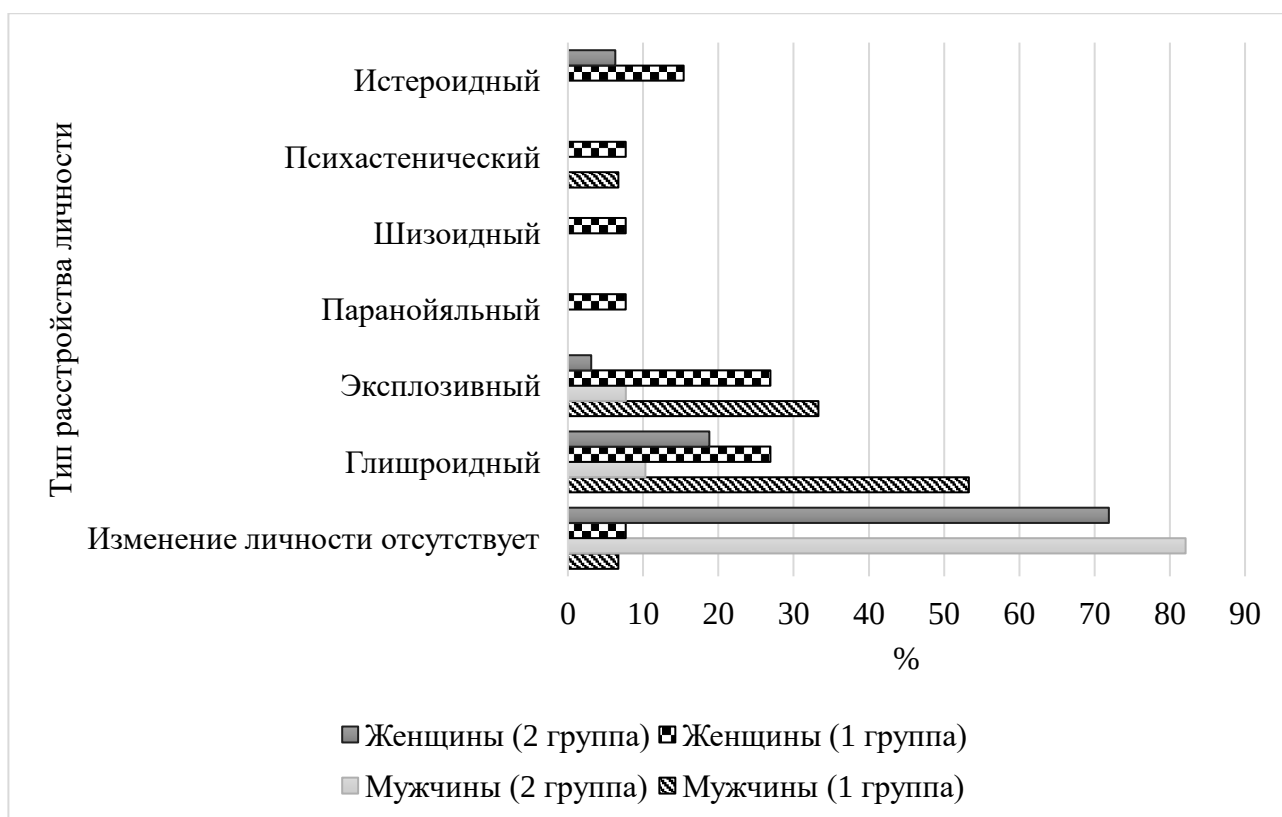


Рисунок 8. – Изменения личности среди мужчин и женщин двух групп

Как видно из представленного рисунка 10, в группе пациентов с суицидальными мыслями у мужчин наиболее представленным изменением является глищроидный вариант (53,3% случаев), далее идет эксплозивный – 33,3% и в одном случае встречается психастеничный (6,7%), в одном случае изменений личности не наблюдалось. Что касается изменений личности у женщин, то они характеризуются большей вариативностью. Так, примерно в равной пропорции представлены глищроидный и эксплозивный варианты изменений (26,9% и 26,9%), далее идет истероидный (15,4%), а также в равной степени представлены паранойяльный (7,7%), шизоидный (7,7%), психастеничный (7,7%), отсутствие изменений (7,7%). В группе пациентов без суицидальных мыслей также наиболее представленными являются глищроидный (10,3% - мужчины и 18,8% - женщины) и эксплозивный тип (7,7% - мужчины и 3,1% - женщины), у женщин в двух случаях был выявлен истероидный тип (6,3%).

Таким образом, можно говорить о том, что пациенты обеих групп характеризуются доминантными для эпилепсии изменениями личности – глищроидными и эксплозивными. Однако представленность данных изменений личности в группе пациентов с суицидальными мыслями встречается чаще, чем среди пациентов без суицидальной активности. Различия между группами являются значимыми ($p \leq 0,01$).

3.2.4. Сравнительная характеристика антиэпилептической терапии

Анализ схемы лечения эпилепсии у пациентов двух групп на момент обследования показал, по выборке в целом преобладает политерапия (таблица 27).

Таблица 27 – Схема лечения, по количеству медикаментозных препаратов в обследуемых группах

Схема терапии	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Монотерапия	8	19,5	30	42,3	38	33,9
Политерапия	33	80,5	38	53,5	71	63,4
Данные о схеме лечения отсутствуют	-	-	3	4,2	3	2,7

В 1 группе пациентов политерапия составляет 80,5% случаев ($N=33$), во 2 группе пациентов – 53,5% ($N=38$), ($\chi^2=2,988$; $p \leq 0,01$). У пациентов с суицидальными мыслями чаще используется политерапия.

Распределение по длительность приема антиэпилептических препаратов представлена в таблице 28.

Таблица 28 – Длительность приема АЭП

Длительность приема	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%.
3 месяца	2	4,9	5	7,0	7	6,3

Продолжение таблицы 28

3-6 месяцев	-	-	5	7,0	5	4,5
6-12 месяцев	1	2,4	6	8,5	7	6,3
1 год	3	7,3	2	2,8	5	4,5
2 года	6	14,6	4	5,6	10	8,9
Более 3 лет	2	4,9	8	11,3	10	8,9
Более 5 лет	27	65,9	41	57,7	68	60,7

Большинство пациентов обеих групп принимают АЭП более 5 лет (1 группа – 65,9%, N=27; 2 группа – 57,7%, N=41).

Также в ходе анализа было выявлено, что спектр препаратов, применяемых для лечения эпилепсии в обеих группах пациентов весьма широк и разнообразен, что отражено в таблице 29. Ввиду отсутствия технического оснащения лекарственный мониторинг в плазме препаратов не проводился.

Таблица 29 – Принимаемые пациентами препараты

Антиэпилептические препараты	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Вальпроевая кислота	15	36,6	16	22,5	31	27,7
Леветирацетам	14	34,1	22	31,0	36	32,1
Лакосамид	13	31,7	15	21,1	28	25,0
Ламотриджин	11	26,8	17	23,9	28	25,0
Карбамазепин	8	19,5	18	25,4	26	23,2
Бензобарбитал	8	19,5	13	18,3	21	18,8
Перампанел	6	14,6	5	7,0	11	9,8
Топирамат	6	14,6	7	9,9	13	11,6
Диазепам	3	7,3	1	1,4	4	3,6
Бриварацетам	3	7,3	-	-	3	2,7
Оскарбазепин	2	4,9	4	5,6	6	5,4
Прегабалин	2	4,9	1	1,4	3	2,7
Эсликарбазепин	1	2,4	4	5,6	5	4,5
Зонисамид	1	2,4	2	2,8	3	2,7
Фенитоин	1	2,4	1	1,4	2	1,8
Клоназепам	-	-	3	4,2	3	2,7

Таким образом, наиболее распространенными препаратами являются традиционные АЭП, такие как препараты вальпроевой кислоты (1 группа – 36,6%, N=15; 2 группа – 22,5%, N=16) и карбамазепина (1 группа – 19,5%, N=8;

2 группа – 25,4%, N=18). И также противоэпилептические препараты последнего поколения, такие как леветирацетам (1 группа – 34,1%, N=14; 2 группа – 31,0%, N=22), лакосамид (1 группа – 31,7%, N=13; 2 группа – 21,1%, N=15) и ламотриджин (1 группа – 26,8%, N=11; 2 группа – 23,9%, N=17). Интересным также, на наш взгляд, является то, что мужчины с суицидальными мыслями принимают вальпроаты в 53,3% случаев, женщины – лишь в 26,9% случаев ($p \leq 0,05$); в группе пациентов без суицидальных идеаций вальпроаты принимают 25,6% мужчин и 18,8% женщин.

Содержательный анализ показал, что чаще всего в качестве препарата для лечения при монотерапии в группе пациентов без суицидальных мыслей используется традиционный противоэпилептический препарат – карбамазепин – 26,7% случаев монотерапии в группе. Среди пациентов с суицидальными мыслями сложно выделить какой-либо препарат, который чаще других использовался бы при монотерапии, поскольку вариативность очень велика.

Среди препаратов, используемых в политерапии, наиболее представленными являются в обеих группах вальпроевая кислота, лакосамид, леветирацетам, ламотриджин и карбамазепин.

При монотерапии побочные действия АЭП были выявлены в 2 случаях из 30 среди пациентов без суицидальных мыслей (6,7%) и в одном случае из 8 – среди пациентов с суицидальными мыслями (12,5%).

В большинстве случаев (85,7%, N=96) приема противоэпилептических препаратов побочные действия в обеих группах пациентов отсутствуют. Результаты представлены в таблице 30.

Таблица 30 – Побочные эффекты принимаемых противоэпилептических препаратов

Побочные эффекты	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	33	80,5	63	88,7	96	85,7

Продолжение таблицы 30

Побочные эффекты со стороны центральной нервной системы	4	9,8	3	4,2	7	6,3
Побочные эффекты со стороны кожных покровов	3	7,3	-	-	3	2,7
Побочные эффекты со стороны кровеносной и лимфатической системы	1	2,4	1	1,4	2	1,8
Побочные эффекты со стороны желудочно–кишечного тракта	-	-	2	2,8	2	1,8
Побочные эффекты со стороны сердечно–сосудистой системы	-	-	2	2,8	2	1,8

Стоит отметить, что иногда в 1 группе пациентов могут встречаться побочные действия со стороны центральной нервной системы (9,8%, N=4), кожных покровов (7,3%, N=3), а также побочные действия со стороны кровеносной и лимфатической системы (2,4%, N=1). Во 2 группе пациентов возможны побочные действия со стороны центральной нервной системы (4,2%, N=3), кровеносной и лимфатической системы (1,4%, N=1), желудочно–кишечного тракта (2,8%, N=2) и сердечно-сосудистой системы (2,8%, N=2).

Нарушение комплаенса в анамнезе наблюдалось у 27.7% всех пациентов: у 61% пациентов с суицидальными мыслями и 8.5% пациентов 2 группы. Различия между пациентами двух групп являются статистически значимыми ($\chi^2=6.123$; $p \leq 0.01$).

3.3. Результаты параклинических обследований больных

3.3.1. Результаты МРТ головного мозга у обследуемых больных

Результаты МРТ ГМ 1,5 Тл, проводилось по программе эпилепсия с прицельным исследованием гиппокампа в группе больных эпилепсией и

больных эпилепсией с суицидальными идеациями. Данные по заключениям магнитно–резонансной томографии представлены в таблице 31.

Таблица 31 – Наличие патологических изменений на МРТ головного мозга

Наличие патологических изменений	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствует	12	29,3	25	35,2	37	33,0
Присутствуют	29	70,7	46	64,8	75	67,0

Как видно из таблицы 31, в большинстве случаев в обеих группах (70,7% случаев в 1 группе пациентов (N=29) и 64,8% случаев пациентов 2 группы (N=46) имеются патологические изменения на МРТ.

В дальнейшем, мы проанализировали преобладание тех или иных нарушений в головном мозге по результатам магнитно–резонансной томографии. В результате анализа наличия аномалий развития пациентов двух групп были получены данные, представленные в таблице 32.

Таблица 32 – Распределение наиболее часто встречаемых вариантов фокальных кортикальных дисплазий по результатам МРТ головного мозга

Аномалии развития головного мозга	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	30	73,2	53	74,6	83	74,1
Гетеротопии серого вещества	3	7,3	6	8,5	9	8,0
Кортикальная дисгенезия с аномальной клеточной дегенерацией	4	9,8	2	2,8	6	5,4
Иные аномалии	4	9,8	10	14,1	14	12,5

Как показано в таблице 32, в большинстве случаев в обеих группах аномалии развития отсутствуют. Наиболее представленными в выборке в целом являются иные аномалии (12,5%, N=14), также встречаются гетеротопии серого вещества (8%, N=9) и кортикальной дисгенезии с аномальной клеточной дегенерацией (5,4%, N=6). Различий между группами в отношении аномалий развития обнаружено не было, $p > 0,05$.

Мы оценивали изменения со стороны гиппокампов, результаты представлены в таблице 33.

Таблица 33 – Наличие изменений гиппокампа

Патологические изменения гиппокампов	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствует	33	80,5	63	88,7	96	85,7
Атрофия	2	4,9	4	5,6	6	5,4
Глиоз	1	2,4	1	1,4	2	1,8
Склероз	5	12,2	3	4,2	8	7,1

При анализе данных было выявлено, что у порядка 15% пациентов всей выборки (N=16) имелись изменения гиппокампа (1 группа – 19,5% (N=8), 2 группа – 11,3% (N=8)).

В 1 группе наиболее представленным изменением гиппокампа является склероз (12,2% (N=5)), также у женщин встречается атрофия (4,9%), у мужчин – глиоз (2,4%). Во 2 группе пациентов у женщин были выявлены атрофия (1,4%), склероз (2,8%) и глиоз (1,4%); у мужчин – атрофия (4,2%) и склероз (1,4%).

Данные по локализации стороны изменений в области гиппокампа представлены в таблице 34.

Таблица 34 – Локализация изменений гиппокампа

Локализация	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствует	33	80,5	63	88,7	96	85,7
Справа	1	2,4	5	7,0	6	5,4
Слева	7	17,1	3	4,2	10	8,9

Выявленные изменения гиппокампа локализованы в группе пациентов с суицидальными мыслями преимущественно слева (17,1% случаев, N=7), локализация изменений гиппокампа справа была обнаружена всего в одном случае (2,4%, N=1). Во 2 группе, напротив, чуть больше случаев локализации изменений гиппокампа обнаружено справа (7% случаев – справа (N=5), 4,2%

случаев – слева (N=3)). Также было выявлено, что существует статистически значимое различие между двумя группами в отношении расположения изменений гиппокампа слева. Иными словами, в группе пациентов с суицидальными мыслями чаще, чем во 2 группе, изменения гиппокампа локализируются слева ($\phi^*=2,243$; $p \leq 0,05$).

Наличие атрофических изменений в коре головного мозга представлены в таблице 35.

Таблица 35 – Преобладание атрофических изменений в коре головного мозга

Наличие атрофических изменений в коре головного мозга	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствует	35	85,4	66	66	101	90,2
Правосторонняя локализация	2	4,9	3	3	5	4,5
Левосторонняя локализация	1	2,4	-	-	1	,9
Двусторонняя локализация	3	7,3	2	2,8	5	4,5

Как видно из таблицы 35, атрофии в коре головного мозга чаще встречаются правосторонней (4,5%, N=5) или двусторонней (4,5%, N=5) локализаций в общей выборке. Данное распределение сохраняется при межгрупповом сравнении (1 группа – правосторонняя локализация 4,9% (N=2); двусторонняя локализация 7,3% (N=3); 2 группа – правосторонняя локализация 3% (N=3); двусторонняя локализация 3,8% (N=2)). Левостороннее преобладание атрофии в коре головного мозга было обнаружено только в одном случае в 1 группе (2,4% (N=1)) и не представлено во 2 группе.

Подробные данные о локализации атрофических изменений в коре головного мозга представлены в таблице 36.

Таблица 36 – Локализация атрофических изменений в коре головного мозга

Локализация атрофических изменений	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствует	35	85,4	66	93,0	101	90,2
В лобной области	-	-	1	1,4	1	0,9
В височной области	5	12,2	2	2,8	7	6,3

Продолжение таблицы 36

В теменной области	-	-	1	1,4	1	0,9
В затылочной области	-	-	1	1,4	1	0,9
Сочетание	1	2,4	-	-	1	0,9

Чаще всего в обеих группах пациентов атрофические изменения коры головного мозга локализуются в височной области (1 группа – 12,2% (N=5); 2 группа – 2,8% (N=2)). Стоит обратить внимание на то, что в группе пациентов без суицидальных мыслей атрофические изменения имеют большее число локализаций, чем в группе пациентов с суицидальным поведением.

При составлении локализации атрофий в коре головного мозга у мужчин и женщин обеих групп было выявлено, что у женщин с суицидальными мыслями атрофии локализуются во всех случаях в височной области (5 случаев), у мужчин – сочетание (1 случай). В группе пациентов без суицидальных идеаций, как уже отмечалось ранее, было обнаружено большее число локализаций атрофий в коре головного мозга: у женщин без суицидальных мыслей атрофии локализованы в височной (1 случай), теменной (1 случай) и затылочной (1 случай) областях; у мужчин – в лобной (1 случай) и височной (1 случай) областях.

При анализе выраженности атрофий было выявлено, что у 9,8% пациентов 1 группы и у 7% пациентов 2 группы наблюдалась умеренная выраженность атрофий, ещё у 7,3% пациентов с суицидальными мыслями отмечаются выраженные атрофии.

Кроме того, нами было выявлено, что в 1 группе пациентов в 10% случаев встречается внутренняя гидроцефалия. При этом 2,4% случаев представляют собой левостороннюю внутреннюю гидроцефалию (представлена во всех случаях у мужчин), 7,3% - симметричную (представлена у женщин). В группе пациентов без суицидальных идеаций внутренняя гидроцефалия не была выявлена.

Если говорить про локализацию внутренней гидроцефалии, то это преимущественно сочетание разных областей – 7,3% случаев (у женщин), в

2,4% случаев – височная область (у мужчин). Степень выраженности гидроцефалии варьирует от незначительной (2,4%) до выраженной (2,4%). У двух пациентов с суицидальными мыслями (4,9%) внутренняя гидроцефалия является умеренной.

Кроме того, стоит отметить, что в обеих группах наблюдаются очаговые изменения, представлены на рисунке 9.

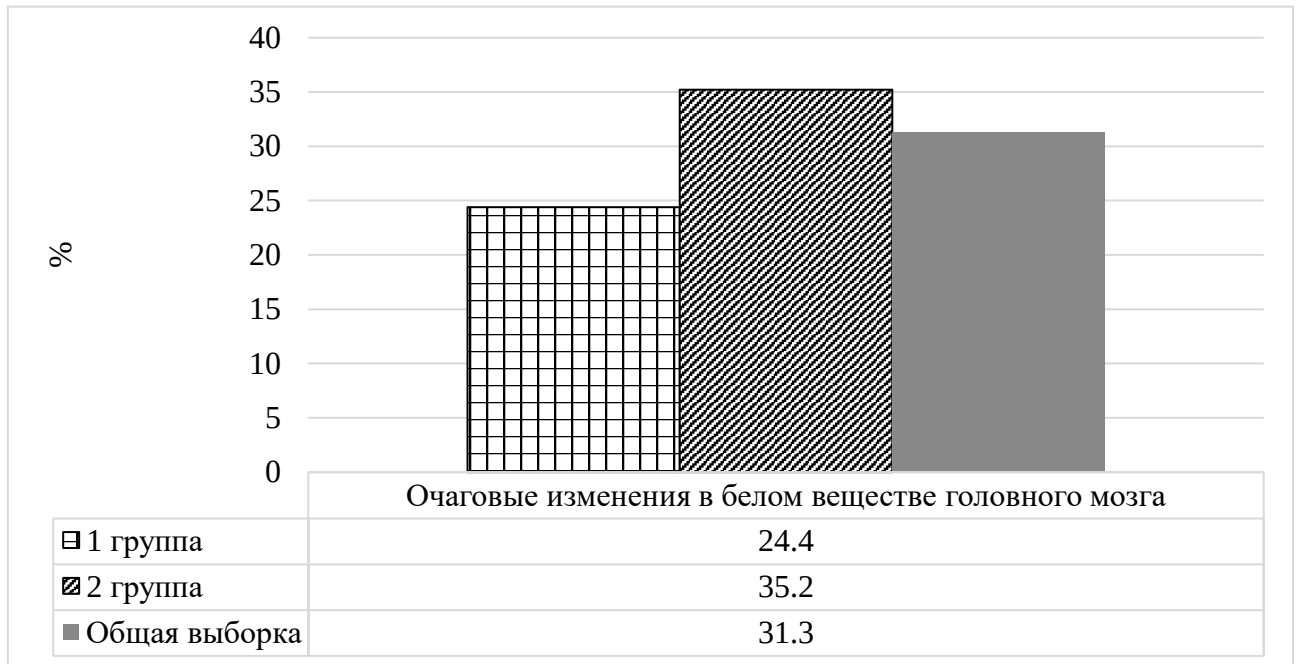


Рисунок 9. – Очаговые изменения в белом веществе головного мозга, %

В ходе анализа данных, представленных на рисунке 11, было выявлено, что во 2 группе число пациентов с очаговыми изменениями несколько выше, чем в группе пациентов с суицидальными мыслями (35,2% и 24,4%, соответственно), однако статистически значимыми различия между группами не являются, $p > 0,05$.

3.3.2. Результаты ЭЭГ– исследования у обследуемых больных

У всех больных изучалась фоновая электрическая активность и ее изменения при функциональных пробах: гипервентиляции с частотой дыхания 40-60 в одну минуту в течение 3 минут, ритмической фотостимуляции — прерывистой фотостимуляции с частотой от 2 до 30 Гц.

Для качественной оценки полученных результатов исследования была применена классификация ЭЭГ на базе The Cleveland Clinic Foundation в модификации В. Е. Новикова и Н. Н. Масловой с выделением трех типов — нормальной, пограничной или патологической ЭЭГ.

Выявлено наличие диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга, которые встречаются в 54,5% случаев (N=61) в обеих группах пациентов, результаты представлены в таблице 37.

Таблица 37 – Диффузные изменения биоэлектрической активности коры
головного мозга

Наличие диффузных изменений	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	20	48,8	31	43,7	51	45,5
С локальным преобладанием	13	31,7	17	23,9	30	26,8
Без локального преобладания	8	19,5	23	32,4	31	27,7

Как видно из таблицы 37, у пациентов с суицидальными мыслями в большей мере представлены диффузные изменения активности с локальным преобладанием (31,7%, N=13), у пациентов без суицидальных идеаций, напротив, более представленными являются диффузные изменения активности без локального преобладания (32,4%, N=23). Статистически значимых различий между группами пациентов выявлены не были ($p>0,05$).

Стоит сказать о пароксизмальных изменениях биоэлектрической активности головного мозга, которые были обнаружены в большинстве случаев в обеих группах, представлены в таблице 38.

Таблица 38 – Пароксизмальные изменения биоэлектрической активности коры
головного мозга

Наличие пароксизмальных изменений	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	17	41,5	21	29,6	38	33,9
Выявляются под действием провоцирующих функциональных нагрузок	16	39,0	29	40,8	45	40,2
Выявляются в фоновой записи	8	19,5	21	29,6	29	25,9

Как показано в таблице 34, в группе пациентов без суицидальных идей пароксизмальные изменения биоэлектрической активности встречаются чаще (70,4%, N=50), чем в группе пациентов с суицидальными мыслями, однако различия не являются статистически значимыми (58,5%, N=24) ($p>0,05$). Стоит отметить, что в обеих группах чаще наблюдаются пароксизмальные изменения активности, выявляющиеся под действием провоцирующих функциональных нагрузок (1 группа – 39,0%, N=16; 2 группа – 40,8%, N=29, $p>0,05$).

Данные о локализации очаговых пароксизмальных изменений биоэлектрической активности головного мозга представлены в таблице 39.

Таблица 39 – Локализация очаговых пароксизмальных изменений биоэлектрической активности коры головного мозга

Локализация очаговых пароксизмальных изменений	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	10	24,4	16	22,5	26	23,2
Правосторонняя	11	26,8	31	43,7	42	37,5
Левосторонняя	14	34,1	13	18,3	27	24,1
Двусторонняя	6	14,6	11	15,5	17	15,2

В ходе анализа было выявлено, что в группе пациентов с суицидальными мыслями в целом очаговые пароксизмальные изменения чаще всего локализуются в левом доминантном полушарии (34,1%, N=14), в группе пациентов без суицидальных мыслей - в правом (43,7%, N=31), ($p\leq 0,05$).

При более детальном анализе двух групп с точки зрения половых различий было выявлено, что существуют различия между мужчинами и женщинами с суицидальными мыслями в локализации очаговых

пароксизмальных изменений активности, результаты представлены на рисунке 10.

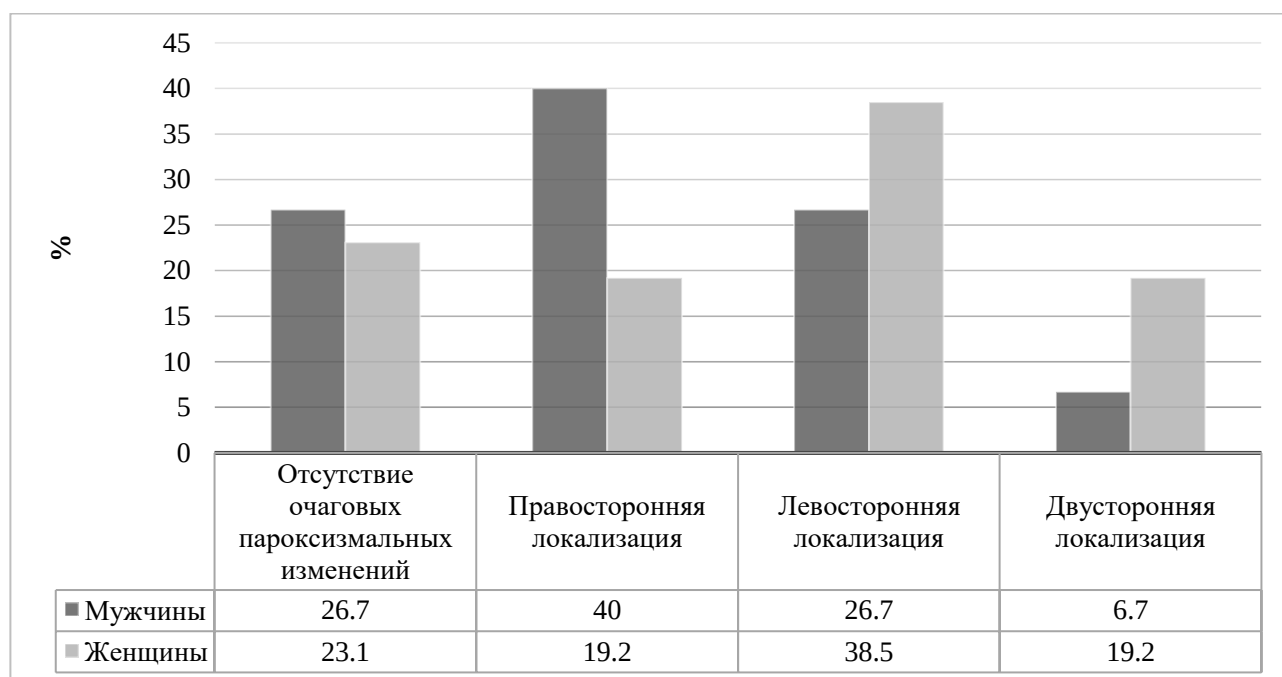


Рисунок 10. – Локализация очаговых пароксизмальных изменений биоэлектрической активности коры головного мозга у мужчин и женщин с суицидальными мыслями, %

Так, рисунок 12 позволяет увидеть, что у мужчин с суицидальными мыслями очаговые пароксизмальные изменения чаще всего локализуются в правом полушарии (40%), у женщин – в левом (38,5%).

В таблице 40 представлены данные по распределению очаговых пароксизмальных изменений в различных отведениях.

Таблица 40 – Локализация очаговых пароксизмальных изменений по результатам ЭЭГ в общей выборке

Локализация очаговых пароксизмальных изменений	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	10	24,4	16	22,5	26	23,2
В лобных отведениях	2	4,9	1	1,4	3	2,7
В лобно-центральных отведениях	1	2,4	4	5,6	5	4,5
В центральных отведениях	1	2,4	1	1,4	2	1,8

Продолжение таблицы 40

В центрально-теменных отведениях	-	-	1	1,4	1	0,9
В теменно-затылочных отведениях	1	2,4	1	1,4	2	1,8
В височно-затылочных отведениях	1	2,4	2	2,8	3	2,7
В височно-теменных отведениях	6	14,6	10	14,1	16	14,3
В височно-центральных отведениях	4	9,8	10	14,1	14	12,5
В височно-лобных отведениях	12	29,3	18	25,4	30	26,8
В височных отведениях	3	7,3	7	9,9	10	8,9

При анализе данных, представленных в таблице 40, нами не было выявлено значимых различий между пациентами двух групп ($p > 0,05$). Стоит только отметить, что в 1 группе не было обнаружено очаговых пароксизмальных изменений в центрально-теменных отведениях.

Направление генерализации от очагов пароксизмальной активности представлен в таблице 41.

Таблица 41 – Очаговые пароксизмальные изменения: тип генерализации

Наличие и направление генерализованной активности	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Без генерализации	19	46,3	40	56,3	59	52,7
С правосторонней генерализацией	6	14,6	14	19,7	20	17,9
С левосторонней генерализацией	12	29,3	8	11,3	20	17,9
С двусторонней генерализацией	4	9,8	9	12,7	13	11,6

По типу генерализации в 1 группе пациентов преобладают очаговые пароксизмальные изменения с левосторонней генерализацией (29,3%, N=12), во 2 группе пациентов – с правосторонней локализацией (19,7%, N=14).

В ходе сравнительного анализа типов генерализации очаговых пароксизмальных изменений было выявлено, что различия в представленности очаговых пароксизмальных изменений с левосторонней генерализацией между пациентами двух групп являются статистически значимыми ($\phi^* = 2,335$; $p \leq 0,01$).

В сравнении с очаговыми пароксизмальными изменениями генерализованные пароксизмальные изменения в обеих группах пациентов представлены в меньшей степени (в общей выборке 79,5%, N=89), распределение представлено в таблице 42.

Таблица 42 – Генерализованные пароксизмальные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга

Наличие генерализованных пароксизмальных изменений	1 группа		2я группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	34	82,9	55	77,5	89	79,5
С правосторонним преобладанием	4	9,8	6	8,5	10	8,9
С левосторонним преобладанием	2	4,9	4	5,6	6	5,4
Двусторонние, симметричные	1	2,4	6	8,5	7	6,3

Наиболее представленными являются генерализованные пароксизмальные изменения с правосторонним преобладанием как в общей выборке (8,9%, N=10), как и при рассмотрении каждой группы отдельно (1 группа – 9,8%, N=4; 2 группа – 8,5%, N=6). Стоит отметить, что в группе пациентов без суицидальных мыслей в равной степени также наблюдается двусторонняя генерализованная пароксизмальная активность в 8,5% случаев (N=6).

Эпилептическая активность на момент обследования наблюдалась у 62,5% (N=70) пациентов в целом по общей выборке: у 29 пациентов с суицидальным поведением (70,7% случаев) и у 41 пациента без суицидальной активности (57,7%). Данные различия достоверно не значимы, $p>0,05$.

В таблице 43 представлены данные по локализации эпилептической активности.

Таблица 43 – Локализация эпилептической активности

Локализация эпилептической активности	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
В лобных отведениях	-	-	2	2,8	2	1,8
В лобно-центральных отведениях	1	2,4	2	2,8	3	2,7
В центрально-теменных отведениях	1	2,4	1	1,4	2	1,8
В теменно-затылочных отведениях	1	2,4	-	-	1	0,9
В височно-затылочных отведениях	1	2,4	2	2,8	3	2,7
В височно-теменных отведениях	9	22,0	8	11,3	17	15,2
В височно-центральных отведениях	4	9,8	5	7,0	9	8,0
В височно-лобных отведениях	11	26,8	14	19,7	25	22,3
В височных отведениях	1	2,4	7	9,9	8	7,1

Как видно из таблицы 43, наиболее распространенной локализацией эпилептической активности в обеих группах пациентов являются височно-лобные отведения (22,3% случаев по выборке в целом (N=25), 1 группа – 26,8%, N=11; 2 группа – 19,7%, N=14). Далее идут височно-теменные (15,2% случаев по выборке в целом (N=17), 1 группа – 22%, N=9; 2 группа – 11,3%, N=8) и височно-центральные отведения (8% случаев по выборке в целом (N=9), 1 группа – 9,8%, N=4; 2 группа – 7%, N=5). Кроме того, стоит отметить, что в первой группе не было выявлено случаев эпилептической активности в лобных отведениях; во второй группе – в теменно-затылочных отведениях. Данные различия достоверно не значимы, $p > 0,05$.

1.3 Результаты оценки суицидального риска и антисуицидальных мотивов больных эпилепсией

3.4.1. Сравнительная характеристика антисуицидальных мотивов

К антисуицидальным мотивам личности относят отдельные личностные мотивы и установки, препятствующие формированию суицидального поведения или реализации суицидальных действий.

Для изучения антисуицидальных мотивов нами использовался опросник антисуицидальных мотивов (Reasons for Living Inventory; Linehan M., 1983). Полученные результаты представлены в Таблице 44.

Таблица 44 – Данные опросника антисуицидальных мотивов

Антисуицидальные мотивы:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна-Уитни	P
	М	δ	М	δ	М	δ		
«Мотивы, связанные с детьми»	4.935	1.34	4.593	1.38	5.132	1.28	1084.0	0.021
«Ответственность перед семьей»	4.706	1.03	4.195	1.09	5.002	0.87	810.0	0.000

Продолжение таблицы 44

«Выживание, умение справляться с ситуацией»	4.572	0.91	4.073	0.95	4.860	0.76	718.5	0.000
«Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки»	3.532	1.42	3.080	1.39	3.793	1.38	1044.5	0.013
«Опасения социального неодобрения»	3.470	1.40	3.171	1.42	3.643	1.36	-	-
«Опасения относительно совершения самоубийства»	3.105	1.30	2.923	1.16	3.210	1.38	-	-
«Выраженность антисуицидальных мотивов»	4.028	0.91	3.596	0.9	4.278	0.82	841.5	0.000

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

Как видно из таблицы 44, степень выраженности всех антисуицидальных мотивов у пациентов с эпилепсией без суицидальных идей в анамнезе выше, чем у пациентов с суицидальными мыслями. Так, у пациентов 1 группы значимость имеют только три антисуицидальных мотива: «мотивы, связанные с детьми» ($4,59 \pm 1,38$ баллов); «ответственность перед семьей» ($4,19 \pm 1,09$ баллов), а также «мотивы выживания и умения справляться с ситуацией» ($4,07 \pm 0,95$ баллов), значение всех показателей более 3,5 баллов. Перечисленные мотивы являются также наиболее весомыми антисуицидальными мотивами и для пациентов 2 группы ($5,13 \pm 1,28$ баллов, $5,00 \pm 0,87$ баллов, $4,86 \pm 0,76$ соответственно), однако их выраженность значимо выше, чем в первой ($p=0,021$, $p=0,000$, $p=0,000$).

Кроме того, стоит сказать, что также значения чуть выше среднего (3,5) в группе пациентов без суицидальных идей имеют такие антисуицидальные мотивы, как: «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» ($3,79 \pm 1,38$ баллов), и «опасения социального неодобрения» ($3,64 \pm 1,36$ баллов). Что, как нам кажется, может свидетельствовать о значимости данных мотивов для пациентов группы без суицидальных мыслей в некоторых ситуациях, однако их вес меньше, чем вес перечисленных выше трех антисуицидальных мотивов. Для пациентов 1 группы «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» ($3,08 \pm 1,39$ баллов), и «опасения социального неодобрения»

($3,17 \pm 1,42$ баллов) не являются значимыми и весомыми антисуицидальными мотивами. Самым слабым мотивом, противостоящим суицидальным тенденциям, в обеих группах являются «опасения относительно совершения самоубийства» (1 группа – $2,92 \pm 1,16$ баллов, 2 группа – $3,21 \pm 1,38$ баллов). Также стоит обратить внимание на общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов, который в 1 группе является более выраженным ($4,27 \pm 0,82$ баллов), чем во 2 группе ($3,59 \pm 0,90$ баллов), $p \leq 0,001$. При этом общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов во 2 группе является значимым, в группе пациентов с суицидальной активностью – нет.

Стоит также отметить, что в группе пациентов с суицидальными мыслями нами была выявлена значимая положительная связь между «мотивом выживания, умением справляться с ситуацией» и длительностью заболевания ($r=0,324$; $p \leq 0,039$). Что может свидетельствовать о том, что с увеличением длительности заболевания у пациентов с суицидальными мыслями становится более выраженным «антисуицидальный мотив выживания». Очевидно, рост длительности заболевания ведет к большей убежденности пациентов в необходимости преодоления существующих проблем, выработки умения справляться с возникающими ситуациями. В группе пациентов без суицидальных идеаций была выявлена отрицательная связь между длительностью заболевания и «опасениями относительно совершения самоубийства» ($r= -0,316$; $p \leq 0,007$). Данная связь может говорить, на наш взгляд, о том, что с увеличением продолжительности болезни у пациентов без суицидальных идеаций опасения относительно совершения самоубийства становятся менее выраженными, то есть со временем пациенты начинают переживать меньше опасений, связанных с суицидом (меньше боятся смерти, неизвестности и т.д.).

Также нами был проведен сравнительный анализ антисуицидальных мотивов между мужчинами и женщинами в обеих группах. Стоит отметить, что значимых половых различий ни в одной из двух групп выявлено не было ($p > 0,05$).

Графически выраженность антисуицидальных мотивов у мужчин и женщин двух групп представлена на рисунке 11.

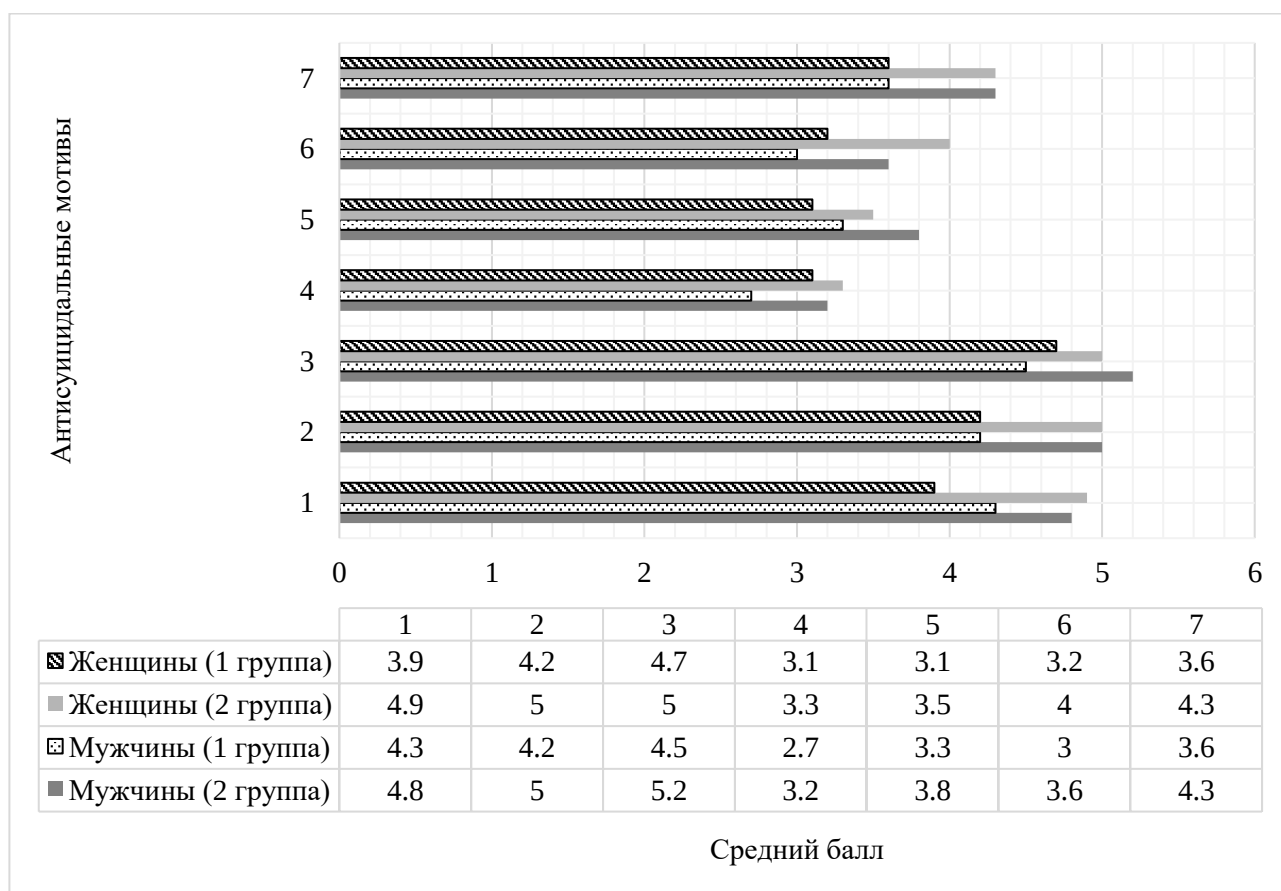


Рисунок 11. – Выраженность антисуицидальных мотивов у мужчин и женщин с суицидальными мыслями и без суицидальных намерений

Примечание: 1 – «Выживание, умение справляться с ситуацией»; 2 – «Ответственность перед семьей»; 3 – «Мотивы, связанные с детьми»; 4 – «Опасения относительно совершения самоубийства»; 5 – «Опасения социального неодобрения»; 6 – «Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки»; 7 – «Выраженность антисуицидальных мотивов».

Сравнительный анализ данных мужчин с суицидальными мыслями и без суицидальных идеаций показал, что у мужчин без суицидальных идеаций достоверно значимо более выражены такие антисуицидальные мотивы, как «ответственность перед семьей» (5,0 баллов, $p=0,038$), а также «общий уровень

выраженности антисуицидальных мотивов» (4,3 баллов, $p=0,047$), по сравнению с мужчинами 1 группы (4,2 баллов, 3,6 баллов соответственно). Что касается женской части выборки, то различий между женщинами с суицидальными мыслями и без суицидальных мыслей было выявлено больше. Так, женщины без суицидальных намерений имеют следующие более выраженные антисуицидальные мотивы: «выживание, умение справляться с ситуацией» (1 группа 3,9 баллов, 2 группа – 4,9 баллов, $p=0,000$); «ответственность перед семьей» (1 группа – 4,2 баллов, 2 группа – 5,0 баллов, $p=0,001$); «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» (1 группа – 3,2 баллов, 2 группа – 4,0 баллов, $p=0,026$), а также «общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов» (1 группа – 3,6 баллов, 2 группа – 4,3 баллов, $p=0,003$).

Таким образом, для представителей обеих групп наиболее значимыми мотивами, противостоящими суицидальным тенденциям, являются мотивы, связанные с семьей и детьми, а также убежденностью в том, что проблемы необходимо преодолевать и уметь справляться с возникающими ситуациями. Что касается одобрения окружающих, моральных установок, противоречащих совершению суицидальных попыток, а также опасений, связанных с совершением суицида, то данные мотивы не являются особо значимыми для пациентов обеих групп. Кроме того, стоит отметить, что значимых различий по выраженности различных антисуицидальных мотивов между мужчинами в рамках каждой группы выявлено не было, но было обнаружено, что внутри женской и мужской групп существуют различия между пациентами, имеющими суицидальные мысли и не имеющими их. Так, у мужчин с суицидальными мыслями в меньшей степени является выраженным антисуицидальный мотив, связанный с ответственностью перед семьей (4,2 баллов), а также общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов (3,6 баллов). Что касается женщин, то пациентки с суицидальными мыслями характеризуются менее выраженной ответственностью перед семьей (4,2 баллов), но и менее выраженным стремлением к преодолению возникающих в их

жизни ситуаций (3,9 баллов), чем женщины без суицидальных идей (4,9 баллов). Кроме того, моральные установки женщин без суицидальных мыслей в большей мере противоречат совершению суицидальных попыток, а также возникновению суицидальных мыслей.

Таким образом, у пациентов с суицидальными мыслями в меньшей степени, чем у пациентов без суицидальных идей, выражены антисуицидальные мотивы, что может свидетельствовать о том, что низкий уровень выраженности антисуицидальных мотивов может способствовать возникновению у пациентов суицидальных мыслей.

3.4.2. Сравнительная характеристика суицидального риска

Для изучения суицидального риска нами использовался опросник суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Разуваевой Т.Н. (Шмелев А.Г., 1992). Данные, полученные по опроснику представлены в таблице 45.

Таблица 45 – Данные опросника суицидального риска А.Г. Шмелева

Показатели:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна-Уитни	p
	М	δ	М	δ	М	δ		
Социальный пессимизм	3.518	1.53	3.610	1.43	3.465	1.59	-	-
Аффективность	2.813	1.55	3.098	1.59	2.648	1.50	-	-
Несостоятельность	2.214	1.21	2.756	1.24	1.901	1.08	887.0	0.000
Временная перспектива	1.795	1.66	2.561	1.78	1.352	1.43	871.5	0.000
Демонстративность	1.625	1.39	1.951	1.47	1.437	1.32	-	-
Уникальность	1.473	1.42	1.976	1.49	1.183	1.30	988.5	0.004
Слом культурных барьеров	0.964	0.86	1.049	1.16	0.915	0.63	-	-
Максимализм	0.777	0.80	1.024	1.01	0.634	0.62	1110.0	0.020
Антисуицидальный фактор	1.143	0.64	1.195	0.71	1.113	0.60	-	-

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

Как видно из таблицы 45, наиболее выраженными факторами суицидального риска в обеих группах являются «социальный пессимизм» (1 группа – $3,61 \pm 1,43$ баллов, 2 группа – $3,46 \pm 1,59$ баллов), «аффективность» (1 группа – $3,09 \pm 1,59$ баллов, 2 группа – $2,64 \pm 1,50$ баллов) и «несостоятельность»

(1 группа – $2,75 \pm 1,24$, 2 группа – $1,90 \pm 1,08$). Кроме перечисленных факторов, стоит отметить, что важным для пациентов 1 группы является невозможность конструктивного планирования будущего (диагностический концепт «временная перспектива», 1 группа – $2,56 \pm 1,78$ баллов, 2 группа – $1,35 \pm 1,43$ баллов). Наименее выраженными факторами суицидального риска в обеих группах являются «слом культурных барьеров» (1 группа – $1,04 \pm 1,16$ баллов, 2 группа – $0,91 \pm 0,63$ баллов) и «максимализм» (1 группа – $1,02 \pm 1,01$ баллов, 2 группа – $0,63 \pm 0,62$ баллов).

На наш взгляд, интересной является выявленная нами отрицательная связь между показателем «социальный пессимизм» и длительностью заболевания ($r = -0,230$; $p \leq 0,015$). Обнаруженная нами связь может свидетельствовать о том, что при увеличении длительности заболевания социальный пессимизм со временем снижается, то есть пациент начинает воспринимать мир как менее враждебный, возможно, происходит принятие своего заболевания человеком, он начинает иначе воспринимать его, что и приводит к более позитивной концепции окружающего мира.

Между пациентами двух групп в результате сравнительного анализа с помощью U-Манна-Уитни были выявлены достоверно значимые различия по ряду субшкалам: «уникальность» (1 группа – $1,97 \pm 1,49$ баллов, 2 группа – $1,18 \pm 1,30$ баллов), «несостоятельность» (1 группа – $2,75 \pm 1,24$, 2 группа – $1,90 \pm 1,08$), «максимализм» (1 группа – $1,02 \pm 1,01$ баллов, 2 группа – $0,63 \pm 0,62$ баллов), «временная перспектива» (1 группа – $2,56 \pm 1,78$ баллов, 2 группа – $1,35 \pm 1,43$ баллов). Выраженность названных факторов выше в группе пациентов с суицидальным поведением ($0,020 \leq p \leq 0,001$).

Сравнительный анализ факторов суицидального риска у мужчин и женщин в каждой группе позволил выявить ряд различий. Данные по мужчинам и женщинам двух групп представлены на рисунке 12.

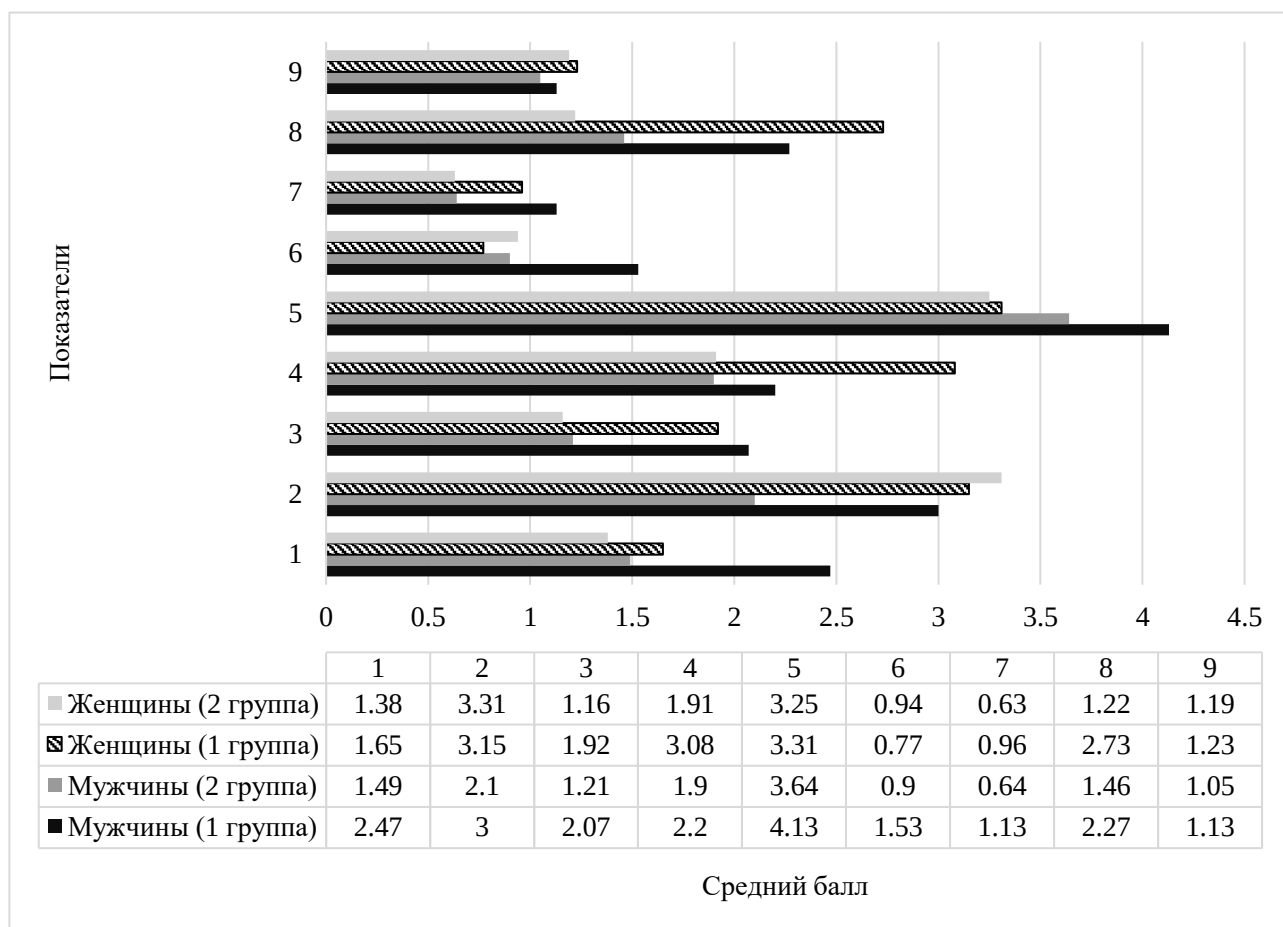


Рисунок 12. – Факторы суицидального риска у мужчин и женщин двух групп

Примечание: 1 – «демонстративность», 2 – «аффективность», 3 – «уникальность», 4 – «несостоятельность», 5 – «социальный пессимизм», 6 – «слом культурных барьеров», 7 – «максимализм», 8 – «временная перспектива», 9 – «антисуицидальный фактор»

Так, в группе пациентов без суицидальных идеаций было обнаружено, что показатель «аффективность» у женщин более выражен, чем у мужчин (женщины – $3,313 \pm 1,38$; мужчины – $2,103 \pm 1,39$). Различия на уровне значимости $p \leq 0,001$. Иными словами, для женщин в большей мере характерно, чем для мужчин, доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации, что, вероятно, обусловлено большей эмоциональностью и импульсивностью женщин. В группе пациентов с суицидальными мыслями

было выявлено различие между мужчинами и женщинами по шкале «несостоятельность» (женщины – $3,077 \pm 1,20$; мужчины – $2,200 \pm 1,15$). Так, женщин с суицидальными мыслями характеризует более негативная концепция собственной личности, чем мужчин, что может быть объяснено большей склонностью женщин к рефлексии и самоанализу.

Кроме того, нами был проведен сравнительный анализ данных мужчин и женщин с суицидальными мыслями и без суицидальных идеаций. В ходе данного анализа был выявлен ряд различий между мужчинами с суицидальными намерениями и без суицидальных идеаций, а также между женщинами двух групп. Так, мужчины первой группы в сравнении с мужчинами второй группы характеризуются более выраженными показателями по шкалам: «демонстративность» (1 группа 2,47 баллов, 2 группа 1,49 баллов, $p=0,046$), «аффективность» (1 группа 3 балла, 2 группа 2,1 балла, $p=0,044$), «уникальность» (1 группа 2,07 баллов, 2 группа 1,21 балл, $p=0,045$). Женщины с суицидальными мыслями характеризуются более высокими показателями по шкалам: «уникальность» (1 группа 1,92 балла, 2 группа 1,16 баллов, $p=0,031$), «несостоятельность» (1 группа 3,08 баллов, 2 группа 1,91 балл, $p=0,000$) и «временная перспектива» (1 группа 2,73 балла, 2 группа 1,22 балла, $p=0,001$).

1.4 Анализ структуры, степени тяжести и выраженности психопатологической симптоматики по результатам психометрического обследования

3.5.1. Сравнительный анализ уровня депрессии, тревоги и безнадежности

Начнем сравнительный анализ с представления данных, полученных по госпитальной шкале тревоги и депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) и шкале безнадежности А. Бека (Beck A.etal., 1974), рассматривающейся как косвенный индикатор

суицидального риска у пациентов, страдающих депрессией. Полученные данные представлены в таблице 46.

Таблица 46 – Данные по госпитальной шкале тревоги и депрессии и шкале безнадежности Бека

Показатели:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна-Уитни	p
	М	δ	М	δ	М	δ		
Тревога	7,134	4,169	9,098	4,29	6,000	3,67	862,5	0,000
Депрессия	5,786	3,563	7,195	3,60	4,972	3,30	928,0	0,001
Шкала безнадежности Бека	5,259	4,33	7,756	4,72	3,817	3,35	771,50	0,000

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

Как видно из таблицы 46, у пациентов с суицидальными мыслями наблюдается субклинически выраженная тревога ($9,09 \pm 4,29$ баллов), уровень депрессии находится на границе между нормой и субклинически выраженной депрессией; у пациентов без суицидальных мыслей, по результатам методики, отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги ($6,00 \pm 3,67$ баллов) и депрессии ($4,97 \pm 3,30$ баллов). Иными словами, их уровень тревоги и депрессии находятся в норме. По результатам шкалы безнадежности Бека было показано, что у пациентов 1 группы наблюдается легкая безнадежность ($7,75 \pm 4,72$ баллов), то есть присутствуют легкие негативные ожидания, связанные с ближайшим и отдаленным будущим, у пациентов 2 группы безнадежность не выявлена ($3,81 \pm 3,35$ баллов). Различия между группами по всем показателям являются значимыми ($p \leq 0.001$).

Стоит также отметить, что были выявлены различия между мужчинами и женщинами группы пациентов с суицидальным поведением по уровню выраженности тревоги ($p = 0.007$). Результаты представлены на рисунке 13.

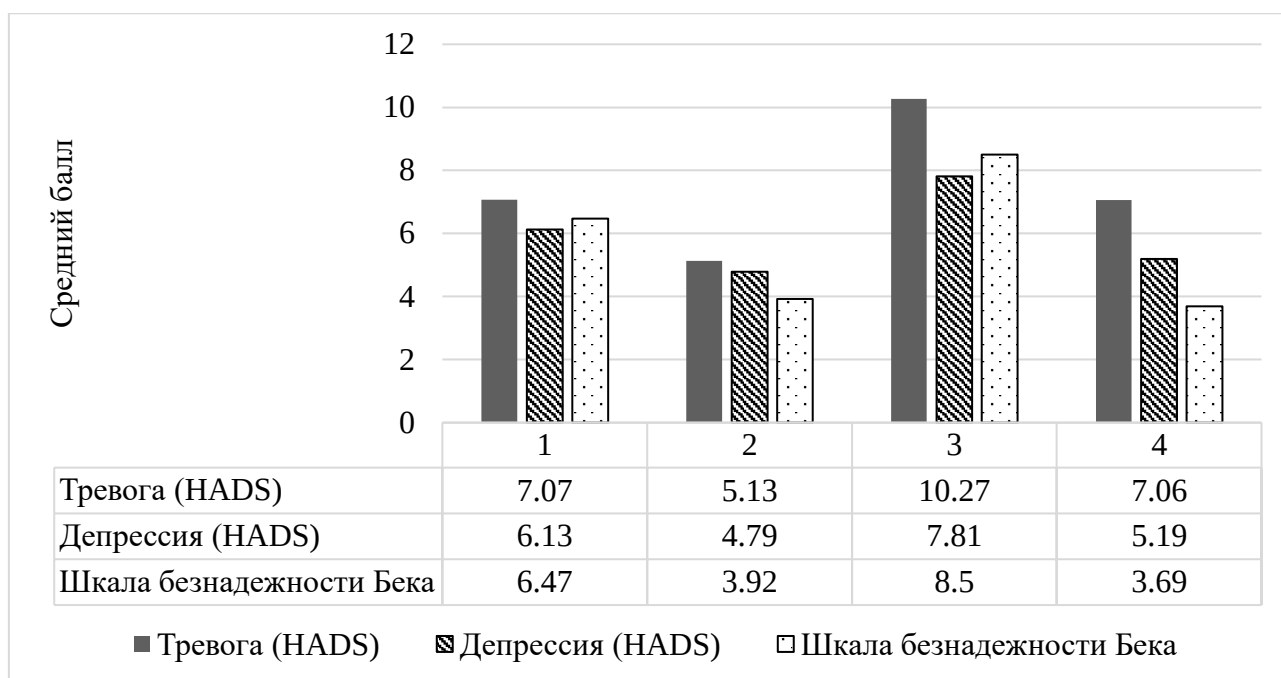


Рисунок 13. – Данные по госпитальной шкале тревоги и депрессии и шкале безнадёжности Бека у мужчин и женщин двух групп

Примечание: 1 – мужчины с суицидальными мыслями; 2 – мужчины без суицидальных идеаций; 3 – женщины с суицидальными мыслями; 4 – женщины без суицидальных намерений.

Так, если у мужчин с суицидальными мыслями уровень тревоги находится на границе между нормой и субклинически выраженной тревогой ($7,07 \pm 5,24$ баллов), то у женщин с суицидальными идеациями уровень тревоги находится на границе между субклинически и клинически выраженной тревогой ($10,27 \pm 3,18$ баллов).

Таким образом, было показано, что пациенты, страдающие от эпилепсии, с суицидальными мыслями демонстрируют более высокий уровень тревоги и депрессии, нежели пациенты без суицидальных мыслей. Полученные нами результаты согласуются с имеющимися в литературе данными о том, что в основе суицидального поведения во многих случаях лежит депрессия. Полученные различия по представленности депрессивного расстройства между группами пациентов являются статистически значимыми ($\phi^* = 9,753$; $p \leq 0,01$). Таким образом, у пациентов с суицидальными мыслями достоверно значимо

выше уровень депрессивного расстройства, что подтверждает имеющиеся в литературе данные о связи уровня депрессии и склонности к суициду.

Кроме того, их характеризуют легкие негативные ожидания, связанные с ближайшим и отдаленным будущим, в отличие от пациентов 2 группы, у которых безнадежность не была выявлена. Также важно сказать о том, что у женщин как первой ($p=0,007$), так и второй группы ($p=0,038$) уровень тревоги выше (1 группа – $10,27 \pm 3,18$ баллов, 2 группа – 7,06 баллов), чем у мужчин (1 группа – 7,07 баллов, 2 группа – 5,13 баллов). Кроме того, нами не было обнаружено значимых различий между мужчинами с суицидальными мыслями и мужчинами без суицидальных идеаций. Женщины с суицидальными мыслями, в отличие от женщин без суицидальных идеаций, характеризуются более высоким уровнем тревоги, депрессии и безнадежности ($0,005 \leq p \leq 0,000$).

3.5.2. Сравнительная характеристика выраженности психопатологической симптоматики по результатам психометрического обследования

Анализ данных, полученных в ходе использования шкалы выраженности психопатологической симптоматики, показал, что показатели отдельных шкал в 1 группе пациентов выше, чем во 2 группе. Стоит отметить, что различия между группами были выявлены по показателям всех шкал ($0,003 \leq p \leq 0,000$). Результаты представлены в таблице 47.

Таблица 47 – Данные шкалы выраженности психопатологической симптоматики

Показатели:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна-Уитни	P
	М	δ	М	δ	М	δ		
Соматизация	0,880	0,764	1,332	0,89	0,615	0,53	690,5	0,000
Обсессивность – компульсивность	1,058	0,810	1,529	0,87	0,786	0,63	699,0	0,000
Межличностная чувствительность	0,888	0,735	1,163	0,83	0,728	0,62	968,0	0,003

Продолжение таблицы 47

Депрессия	0,883	0,770	1,393	0,88	0,589	0,50	592,5	0,000
Тревога	0,768	0,756	1,222	0,91	0,506	0,50	731,0	0,000
Враждебность	0,699	0,770	1,095	0,89	0,470	0,58	722,0	0,000
Фобичность	0,546	0,604	0,795	0,71	0,401	0,48	972,5	0,003
Паранойяльность	0,658	0,690	0,983	0,84	0,470	0,51	908,0	0,001
Психотизм	0,482	0,594	0,751	0,79	0,327	0,37	893,0	0,001
GSI	0,794	0,628	1,1961	0,74	0,562	0,41	627,0	0,000
PSI	71,55	56,68	107,78	66,60	50,63	36,70	633,5	0,000

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

Анализ данных показал, что выраженность отдельных шкал в 1 группе выше, чем во 2 группе. Различия между группами были выявлены по показателям всех шкал. Кроме того, при сопоставлении данных каждой группы пациентов с нормативными значениями по каждой шкале, а также значения индексов GSI и PSI, было выявлено, что все значения в 1 группе пациентов выше нормативных. В ходе сравнительного анализа показателей двух групп были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) в выраженности общего индекса тяжести симптомов у больных с эпилепсией с суицидальными мыслями и без таковых. У пациентов 1 группы индекс выше и составляет $1,196 \pm 0,74$, для пациентов без суицидальных мыслей характерен более низкий уровень, составлявший $0,562 \pm 0,41$. Что свидетельствует о большей выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с суицидальными мыслями по сравнению с пациентами без суицидальных идеаций. Также были выявлены значимые различия между мужчинами и женщинами 1 группы пациентов по выраженности общего индекса тяжести патопсихологических симптомов ($p = 0,027$). То есть у пациентов с суицидальными мыслями психопатологическая симптоматика выражена сильнее и степень их тяжести выше, чем у пациентов без суицидальных идеаций.

У мужчин индекс составил $0,94 \pm 0,79$, у женщин – $1,34 \pm 0,67$, что свидетельствует о большей выраженности психопатологической симптоматики у женщин по сравнению с мужчинами в группе пациентов с суицидальными

мыслями. При сопоставлении показателей мужчин и женщин без суицидальных идей по выраженности общего индекса тяжести психопатологических симптомов также было обнаружено, что у женщин выраженность психопатологической симптоматики выше, чем у мужчин (мужчины – $0,50 \pm 0,45$; женщины – $0,64 \pm 0,33$) на уровне значимости $p=0,016$. Таким образом, можно сделать вывод о том, что выраженность психопатологической симптоматики у женщин в обеих группах выше, чем у мужчин.

Более детальный анализ данных мужчин и женщин обеих групп и сопоставление данных друг с другом показали, что как среди пациентов с суицидальными мыслями, так и среди пациентов без суицидальных идей выраженность практически всех симптоматических расстройств у женщин несколько выше, чем у мужчин. Значимые различия между мужчинами и женщинами в группе пациентов с суицидальными мыслями выявлены по таким шкалам, как «соматизация», «депрессия», «тревожность», «фобичность», «общий индекс тяжести симптомов» и широта диапазона симптоматики ($0,043 \leq p \leq 0,012$); в группе пациентов без суицидальных мыслей – по показателям шкал «соматизация», «депрессия», «тревожность», «общий индекс тяжести симптомов» и широта диапазона симптоматики ($0,039 \leq p \leq 0,002$).

Также нами были обнаружены различия по всем показателям между женщинами двух групп ($0,016 \leq p \leq 0,000$). У женщин с суицидальными мыслями все показатели выше, чем у женщин без суицидальных идей. Что касается мужчин, то среди них также были выявлены некоторые различия ($0,049 \leq p \leq 0,001$). Так, мужчины с суицидальными мыслями обнаружили более высокие значения по показателям «соматизации», «обсессивности-компульсивности», «депрессии», «тревожности», «враждебности», «паранойяльных тенденций», а также по «общему индексу тяжести симптомов».

Таким образом, можно сделать вывод о том, что пациенты с суицидальными мыслями характеризуются более выраженной психопатологической симптоматикой по сравнению с пациентами без

суицидальных идеаций. Как видим, одними из наиболее выраженных в группе с суицидальными мыслями являются показатели «депрессии» и «тревожности», что также согласуется с полученными нами данными по госпитальной шкале тревоги и депрессии, а также результатами относительно представленности депрессивного расстройства в группе пациентов с суицидальными мыслями.

Стоит также отметить, что по данным Фрайбургского личностного опросника у пациентов с суицидальными мыслями показатель депрессивности также является статистически значимо более выраженным, чем у пациентов без суицидальных идеаций.

3.5.3 Сравнительная характеристика личностных особенностей пациентов по результатам психометрического обследования

Далее представлены результаты, полученные по Фрайбургскому личностному опроснику. Средние значения, полученные по каждой группе, представлены в таблице 48.

Таблица 48 – Данные Фрайбургского личностного опросника

Показатели:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна- Уитни	P
	М	δ	М	δ	М	δ		
Невротичность	5,87	3,45	7,34	3,71	5,01	3,00	923,5	0,001
Спонтанная агрессивность	5,22	2,61	6,17	2,64	4,68	2,45	1028,5	0,009
Депрессивность	5,88	2,65	6,93	2,95	5,27	2,27	998,5	0,005
Раздражительность	5,89	2,02	6,54	2,06	5,52	1,91	1014,5	0,007
Общительность	4,22	2,06	4,10	2,31	4,30	1,92	-	-
Уравновешенность	4,71	2,33	4,41	2,50	4,87	2,23	-	-
Реактивная агрессивность	5,49	2,09	5,49	2,20	5,49	2,04	-	-
Застенчивость	5,87	2,30	6,17	2,45	5,69	2,21	-	-
Открытость	6,63	2,49	7,00	2,65	6,42	2,38	-	-
Экстраверсия	5,31	1,97	5,37	1,89	5,28	2,03	-	-
Эмоциональная лабильность	5,78	2,46	6,90	2,78	5,13	2,00	909,5	0,001
Маскулинность - феминность	4,58	2,49	4,51	2,45	4,62	2,53	-	-

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

В ходе анализа данных, полученных по Фрайбургскому личностному опроснику, нами были выявлены некоторые различия между пациентами двух групп. Так, пациенты с суицидальными мыслями характеризуются более высоким уровнем «невротичности» ($7,34 \pm 3,71$ баллов), «спонтанной агрессивности» ($6,17 \pm 2,64$ балла), «депрессивности» ($6,93 \pm 2,95$ баллов), «раздражительности» ($6,54 \pm 2,06$ баллов) и «эмоциональной лабильности» ($6,90 \pm 2,78$ баллов), чем пациенты без суицидальных мыслей ($0,009 \leq p \leq 0,001$). Как показано ранее, среди пациентов с суицидальными мыслями большее число респондентов характеризуется эмоциональной лабильностью (около 71%), нежели во 2 группе. Различия между группами также являются значимыми ($p \leq 0,01$). Кроме того, женщины с суицидальными мыслями отличаются от женщин без суицидальных идеаций более высокими показателями по «невротичности» ($p=0,011$), «спонтанной агрессивности» ($p=0,033$), «депрессивности» ($p=0,002$), «раздражительности» ($p=0,022$), «открытости» ($p=0,017$) и «эмоциональной лабильности» ($p=0,001$). Различий между мужчинами двух групп выявлено не было.

Кроме того, нами были выявлены различия по отдельным показателям Фрайбургского опросника между мужчинами и женщинами в 1 группе. Так, было обнаружено, что различия наблюдаются по следующим шкалам: «невротичность», «депрессивность», «общительность», «уравновешенность», «застенчивость», «экстраверсия-интроверсия», «эмоциональная лабильность» и «маскулинность – фемининность» ($0,046 \leq p \leq 0,001$). Так, женщины характеризуются более высоким уровнем «невротичности» ($8,231 \pm 3,13$ – женщины, $5,800 \pm 4,21$ – мужчины), «депрессивности» ($7,846 \pm 2,49$ – женщины, $5,333 \pm 3,09$ – мужчины), «застенчивости» ($6,731 \pm 2,27$ – женщины, $5,200 \pm 2,51$ – мужчины) и «эмоциональной лабильности» ($7,808 \pm 2,45$ – женщины, $5,333 \pm 2,40$ – мужчины); мужчин в большей мере, чем женщин, характеризуют «общительность» ($5,467 \pm 2,13$ – мужчины, $3,308 \pm 2,06$ – женщины),

«уравновешенность» ($5,800 \pm 2,62$ – мужчины, $3,615 \pm 2,08$ – женщины), «экстраверсия» ($6,667 \pm 1,59$ – мужчины, $4,615 \pm 1,65$ – женщины) и «маскулинность» ($6,067 \pm 2,40$ – мужчины, $3,615 \pm 2,02$ – женщины).

3.6 Сравнительный анализ семейных взаимоотношений пациентов (с позиции больного эпилепсией)

Для изучения семейных взаимоотношений нами была использована шкала семейного окружения (ШСО, Family Environmental Scale (FES), Moos R. H., 1974, в адаптации Куприянова С.Ю., 1985). Данные, полученные по данной шкале представлены в таблице 49.

Таблица 49–Данные шкалы семейного окружения

Показатели:	Общая выборки		1 группа		2 группа	
	М	δ	М	δ	М	δ
Сплоченность	6,46	2,01	6,24	2,07	6,59	1,98
Организация	6,15	2,06	6,20	2,25	6,13	1,96
Экспрессивность	5,96	1,53	5,98	1,46	5,96	1,58
Конфликт	5,89	2,01	5,76	2,23	5,97	1,87
Независимость	5,02	1,18	5,02	1,27	5,01	1,13
Ориентация на достижения	5,06	1,91	4,83	1,96	5,20	1,89
Нравственные аспекты	4,92	1,53	4,73	1,66	5,03	1,44
Контроль	4,13	1,74	4,27	1,55	4,06	1,85
Интеллектуально–культурная ориентация	3,97	2,12	4,15	2,23	3,87	2,07
Ориентация на активный отдых	3,92	1,93	3,56	2,05	4,13	1,84

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

Из представленной таблицы видно, что наиболее высокими значениями по всей выборке характеризуются показатели: «сплоченности» ($6,46 \pm 2,01$ баллов), «организации» ($6,15 \pm 2,06$ баллов), «экспрессивности» ($5,96 \pm 1,53$ баллов) и «конфликта» ($5,89 \pm 2,01$ баллов). То есть для семей пациентов, принявших участие в исследовании, в целом является характерным забота

членов семьи друг о друге, чувство принадлежности к семье, возможность открыто действовать и выражать свои чувства, открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений, а также порядок и организованность в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности и определенности семейных правил и обязанностей. Наименее выраженными являются показатели «контроля» ($4,13 \pm 1,74$ балла), «интеллектуально-культурной ориентации» ($3,97 \pm 2,12$ баллов) и «ориентация на активный отдых» ($3,92 \pm 1,93$ балла). Иными словами, для семей пациентов, участвовавших в исследовании, в меньшей степени являются характерными иерархичность семейной организации, ригидность семейных правил и процедур, контроль членами семьи друг друга, активность членов семьи в социальной, интеллектуальной и культурной сферах деятельности, а также участие в различных видах активного отдыха и спорта.

В ходе анализа полученных по шкале семейного окружения данных нами не было обнаружено значимых различий между пациентами двух групп. Однако были выявлены некоторые различия между мужчинами и женщинами в 1 группе. Так, было обнаружено, что у мужчин показатели по показателям «сплоченности» ($7,133 \pm 1,46$ – мужчины, $5,731 \pm 2,22$ – женщины), «конflikта» ($6,867 \pm 1,19$ – мужчины, $5,115 \pm 2,46$ – женщины) и «организации» ($7,467 \pm 1,51$ – мужчины, $5,462 \pm 1,63$ – женщины) выше, чем у женщин. Таким образом, можно предположить, что отношения между членами семьи у мужчин характеризуются большей заботой друг о друге, взаимопомощью, выраженностью чувства принадлежности к семье. Кроме того, семьи мужчин являются более организованными: важным для семьи является порядок и организованность в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности и определенности семейных правил и обязанностей. Интересно, что для семей мужчин с суицидальными мыслями в большей мере, чем для семей женщин с суицидальными мыслями, характерно открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений.

Различий между мужчинами и женщинами в группе пациентов без суицидальных идеаций выявлено не было.

В ходе сравнительного анализа данных мужчин двух групп было показано, что мужчины с суицидальными мыслями характеризуются более высокими показателями по показателям «сплоченности» ($p=0,000$), «экспрессивности» ($p=0,002$), «независимости» ($p=0,000$), «интеллектуально-культурной ориентации» ($p=0,004$) и «контроля» ($p=0,000$).

Что касается женщин с суицидальными мыслями, то они характеризуются менее выраженными показателями по показателям «сплоченность» ($p=0,000$), «нравственный аспект» ($p=0,000$), «организация» ($p=0,001$) и «контроль» ($p=0,028$), чем женщины без суицидальных идеаций.

3.7 Сравнительный анализ особенностей отношения к болезни пациентов

Зачастую формирование суицидального поведения может являться реакцией на болезнь, поэтому нами были рассмотрены преобладающие типы отношения к болезни у больных с эпилепсией без суицидальных мыслей и с суицидальными идеациями.

Для выявления типов отношения пациентов к болезни у пациентов нами была использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ, Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987).

При анализе данных по всей выборке было выявлено, что «чистый тип» встречается у 33 пациентов (29,5%), «смешанный» у 55 пациентов (49,1%) и у 24 человек (21,4%) определен «диффузный» тип отношения к болезни. Распределение частоты типов отношения к болезни в двух группах выявило следующие особенности, результаты представлены в таблице 50.

Таблица 50 – Распределение типов отношения к болезни среди пациентов двух групп

Типы отношения к болезни:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чистый	7	17,1	26	36,6	33	29,5
Смешанный	21	51,2	34	47,9	55	49,1
Диффузный	13	31,7	11	15,5	24	21,4

Во всех группах пациентов доминирует «смешанный» тип отношения к болезни. Он встречается в 49,1% случаев (N=55). На втором месте в 1 группе пациентов находится «диффузный» тип отношения к болезни (31,7%, N=13), на третьем – «чистый» (17,1%, N=7); во 2 группе на втором месте по представленности – «чистый» тип отношения к болезни (36,6%, N=26), на третьем – «диффузный» (15,5%, N=11). В ходе сравнительного анализа было выявлено, что различия по представленности «чистого» и «диффузного» типов отношения к болезни в двух группах пациентов являются значимыми ($p \leq 0,05$).

Анализ «чистых» типов отношения к болезни в двух группах показал, что в группе пациентов с суицидальными мыслями статистически значимо меньше респондентов с «чистым» типом отношения к болезни, чем в группе пациентов без суицидальных идеаций ($p \leq 0,05$), результаты представлены в таблице 51.

Таблица 51 – Доминирующие типы отношения к болезни из числа «чистых» типов

Тип отношения к болезни:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гармоничный	1	2,4	10	14,1	11	9,8
Эргопатический	1	2,4	3	4,2	4	3,6
Анозогнозический	1	2,4	5	7,04	6	5,4
Тревожный	1	2,4	1	1,4	2	1,8
Меланхолический	1	2,4	-	-	1	0,9
Сенситивный	2	4,9	7	9,9	9	8,04
Всего пациентов с «чистым» типом	7	17,07	26	36,62	33	29,46

Как видно из таблицы 51, доминирующим типом отношения к болезни из числа «чистых» типов в общей выборке является гармоничный тип (9,8%,

N=11), второе место занимает сенситивный тип (8,04%, N=9), третье – анозогнозический (5,4%, N=6).

В ходе анализа «диффузных» и «смешанных» типов отношения к болезни нами было выявлено, что в обеих группах наиболее представленными типами отношения к болезни являются эргопатический тип ($21,34 \pm 12,8$ баллов) и сенситивный тип ($22,10 \pm 10,2$ баллов) отношения к болезни, результаты представлены в таблице 52.

Таблица 52 – Данные методики «Тип отношения к болезни»

Типы отношения к болезни:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна-Уитни	p
	М	δ	М	δ	М	δ		
Гармоничный	10,04	14,5	5,56	9,62	12,63	16,25	-	-
Эргопатический	21,34	12,8	19,24	13,21	22,55	12,46	-	-
Анозогнозический	14,2	11,7	13,39	9,16	14,66	12,91	-	-
Тревожный	12,37	7,86	15,32	7,42	10,66	7,64	917.0	0.001
Ипохондрический	10,88	6,84	13,61	8,54	9,31	5,06	1028.5	0.010
Неврастенический	10,08	8,24	12,85	8,70	8,48	7,57	1021.5	0.009
Меланхолический	8,21	8	11,56	10,01	6,28	5,83	1000.5	0.005
Апатический	5,92	6,67	8,83	7,65	4,24	5,40	899.0	0.001
Сенситивный	22,1	10,2	23,15	8,95	21,49	10,87	-	-
Эгоцентрический	9,91	5,75	12,81	6,47	8,24	4,57	869.5	0.000
Паранойяльный	7,27	5,17	9,02	5,22	6,25	4,90	983.0	0.004
Дисфорический	7,32	6,57	10,07	7,43	5,73	5,47	953.5	0.002

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

Наряду с эргопатическим и сенситивным типами во 2 группе пациентов также достаточно выраженным является анозогнозический тип отношения к болезни ($14,66 \pm 12,9$ баллов), а в 1 группе выявлены пациенты с анозогнозическим ($13,39 \pm 9,1$ баллов), тревожным ($15,32 \pm 7,42$ баллов) и ипохондрическим ($13,61 \pm 8,5$ баллов) типами отношения к болезни.

Сравнительный анализ типов отношения к болезни в двух группах выявил следующие статистически достоверные различия по преобладающим типам отношения к болезни: у пациентов с суицидальными мыслями более выраженными, чем у пациентов без суицидальной активности оказались

тревожный (1 группа – 15,32±7,42 баллов, 2 группа – 10,66±7,64 баллов),
ипохондрический (1 группа – 13,61±8,54 баллов, 2 группа – 9,31±5,06 баллов),
неврастенический (1 группа – 12,85±8,70 баллов, 2 группа – 8,48±7,57 баллов),
меланхолический (1 группа – 11,56±10,01 баллов, 2 группа – 6,28±5,83 баллов),
апатический (1 группа – 8,83±7,65 баллов, 2 группа – 4,24±5,40 баллов),
эгоцентрический (1 группа – 12,81±6,47 баллов, 2 группа – 8,24±4,57 баллов),
паранойяльный (1 группа – 9,02±5,22 баллов, 2 группа – 6,25±4,90 баллов) и
дисфорический (1 группа – 10,07±7,43 баллов, 2 группа – 5,73±5,47 баллов)
типы отношения к болезни ($0.010 \leq p \leq 0.000$).

3.8. Сравнительный анализ качества жизни пациентов

Данные, полученные в результате тестирования, представлены в таблице 53.

Таблица 53 – Исследование качества жизни больных эпилепсией

Показатель:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна-Уитни	p
	М	δ	М	δ	М	δ		
Боязнь приступов	55,68	25,94	50,95	29,36	58,42	23,52	1270,0	0,262
Общее качество жизни	57,17	19,91	50,05	21,64	61,28	17,73	1002,5	0,006
Эмоциональное благополучие	60,79	18,64	52,07	20,19	65,83	15,75	841,0	0,000
Энергичность/усталость	56,52	21,32	47,20	21,42	61,90	19,45	901,0	0,001
Когнитивное функционирование	58,30	20,10	48,86	19,50	63,75	18,47	870,5	0,000
Влияние АЭП	51,08	31,79	45,57	34,54	54,26	29,88	1216,0	0,148
Социальное функционирование	59,44	22,48	52,00	24,04	63,73	20,50	1047,0	0,014
Общий балл	58,35	15,64	50,54	16,67	62,85	13,14	818,0	0,000

Примечание. М - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

Анализ полученных данных показал, что средние значения по всем семи основным сферам качества жизни используемого опросника в обеих группах

пациентов соответствуют среднему уровню, что может свидетельствовать о том, что качество жизни больных эпилепсией соответствует среднему уровню в двух группах. Несмотря на то, что все полученные значения обеих групп находятся на среднем уровне, в результате сравнительного анализа нами были выявлены некоторые статистически значимые различия между показателями 1 и 2 групп ($0.014 \leq p \leq 0.000$). Так, пациенты, не имеющие суицидальных мыслей, показали более высокие значения по таким сферам качества жизни, как: «общее качество жизни» (1 группа – $50,05 \pm 21,64$ баллов, 2 группа – $61,28 \pm 17,73$ баллов), «эмоциональное благополучие» (1 группа – $52,07 \pm 20,19$ баллов, 2 группа – $65,83 \pm 15,75$ баллов), «энергичность/усталость» (1 группа – $47,20 \pm 21,42$ баллов, 2 группа – $61,90 \pm 19,45$ баллов), «когнитивное функционирование» (1 группа – $48,86 \pm 19,50$ баллов, 2 группа – $63,75 \pm 18,47$ баллов), «социальное функционирование» (1 группа – $52,00 \pm 24,04$ баллов, 2 группа – $63,73 \pm 20,50$ баллов), а также значение общего балла по данной шкале (1 группа – $50,54 \pm 16,67$ баллов, 2 группа – $62,85 \pm 13,14$ баллов).

Детальный анализ по гендерным различиям представлен на рисунке 14.

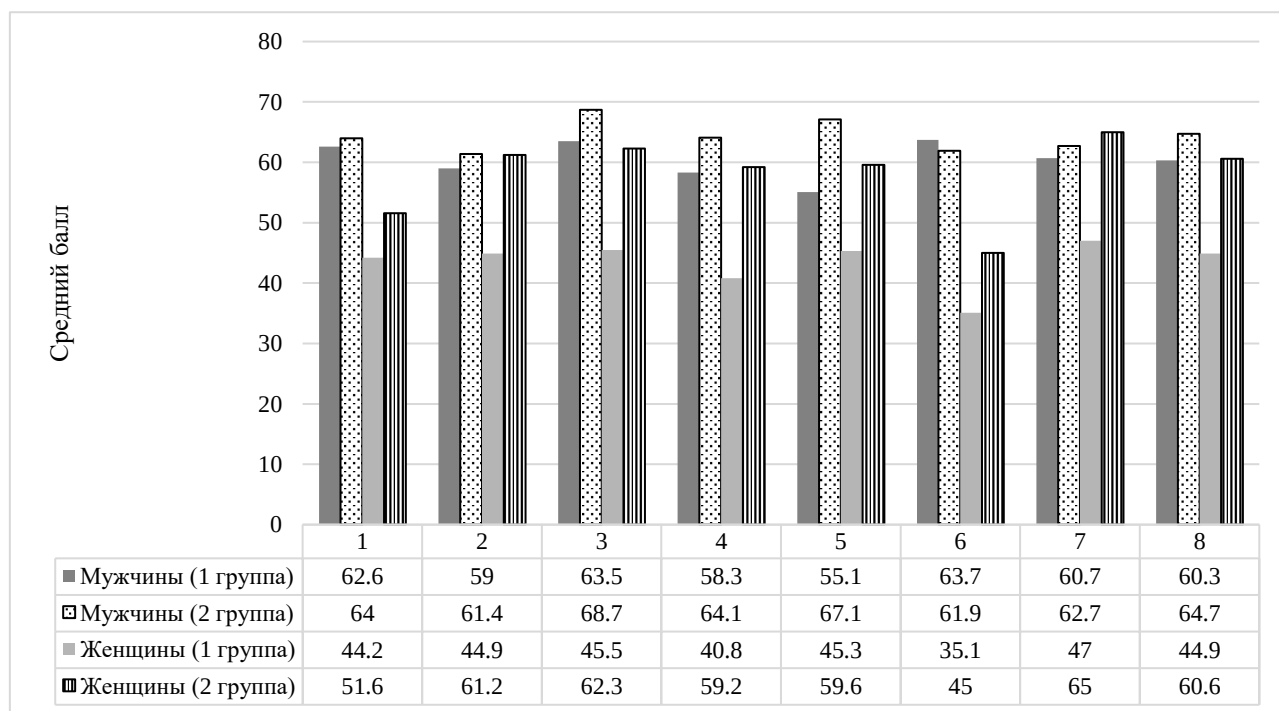


Рисунок 14. – Показатели качества жизни у мужчин и женщин двух групп

Примечание: 1 – «боязнь приступов»; 2 – «общее качество жизни»; 3 – «эмоциональное благополучие»; 4 – «энергичность/усталость»; 5 – «когнитивное функционирование»; 6 – «влияние противоэпилептических препаратов»; 7 – «социальное функционирование»; 8 – общий балл по шкале

На рисунке 14 показано, что все показатели качества жизни у женщин с суицидальными мыслями являются наиболее низкими среди всех пациентов (как правило, не превышают 45 баллов), что может свидетельствовать о том, что сниженная оценка качества жизни у женщин может являться фактором суицидального риска.

Далее рассмотрим различия между мужчинами и женщинами в каждой группе. В группе пациентов с суицидальными мыслями были выявлены различия между мужчинами и женщинами в следующих сферах: «боязнь приступов» ($p \leq 0,040$), «общее качество жизни» ($p \leq 0,035$), «эмоциональное благополучие» ($p \leq 0,005$), «энергичность/усталость» ($p \leq 0,009$), «влияние АЭП» ($p \leq 0,011$), а также по общему баллу ($p \leq 0,004$). По всем показателям значения мужчин выше. То есть женщины чаще, чем мужчины, проявляют беспокойство по поводу возможности возникновения приступов, являются менее эмоционально благополучными и энергичными, в большей мере испытывают влияние АЭП, что негативно отражается на общем качестве жизни. Во 2 группе были выявлены различия между мужчинами и женщинами по следующим показателям: «боязнь приступов» ($p \leq 0,021$), «эмоциональное благополучие» ($p \leq 0,048$), «влияние АЭП» ($p \leq 0,016$). Также были выявлены различия между женщинами двух групп, результаты представлены на рисунке 15.

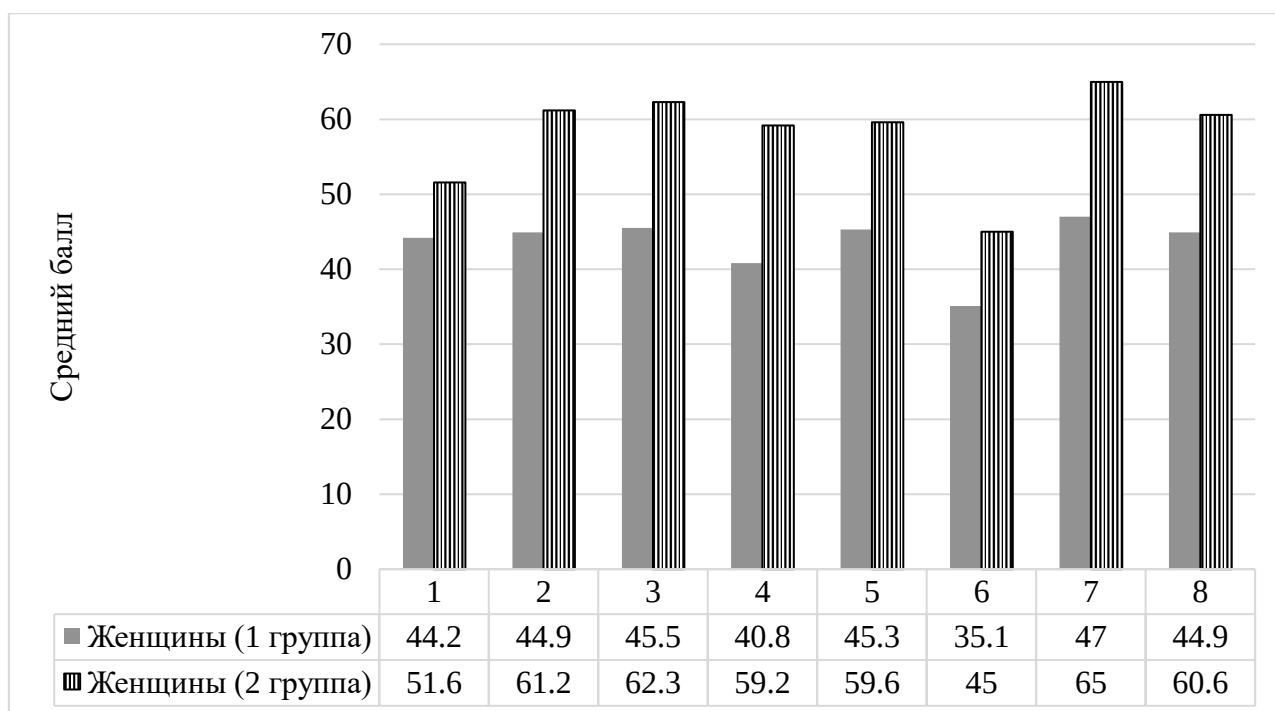


Рисунок 15. – Показатели качества жизни женщин двух групп

Примечание: 1 – «боязнь приступов»; 2 – «общее качество жизни»; 3 – «эмоциональное благополучие»; 4 – «энергичность/усталость»; 5 – «когнитивное функционирование»; 6 – «влияние противоэпилептических препаратов»; 7 – «социальное функционирование»; 8 – общий балл по шкале

Так, женщины с суицидальными мыслями продемонстрировали статистически значимо более низкие показатели в следующих сферах: «общее качество жизни» (1 группа 44,9 балла, 2 группа 61,2 баллов, $p \leq 0,001$), «эмоциональное благополучие» (1 группа 45,5 баллов, 2 группа 62,3 балла, $p \leq 0,000$), «энергичность/усталость» (1 группа 40,8 баллов, 2 группа 59,2 балла, $p \leq 0,000$), «когнитивное функционирование» (1 группа 45,3 балла, 2 группа 59,6 баллов, $p \leq 0,006$), «социальное функционирование» (1 группа 47 баллов, 2 группа 65 баллов, $p \leq 0,004$), а также по общему баллу (1 группа 44,9 баллов, 2 группа 60,6 баллов, $p \leq 0,000$). Среди мужчин двух групп различий не было выявлено. Можно предположить, что сниженный уровень качества жизни у женщин может служить одним из факторов суицидального поведения.

Кроме того, дополнительно пациентам предлагалось оценить качество своей жизни на визуальной аналоговой шкале от 0 до 100. Данные, полученные

в результате самооценки пациентами качества своей жизни, представлены на рисунке 16.

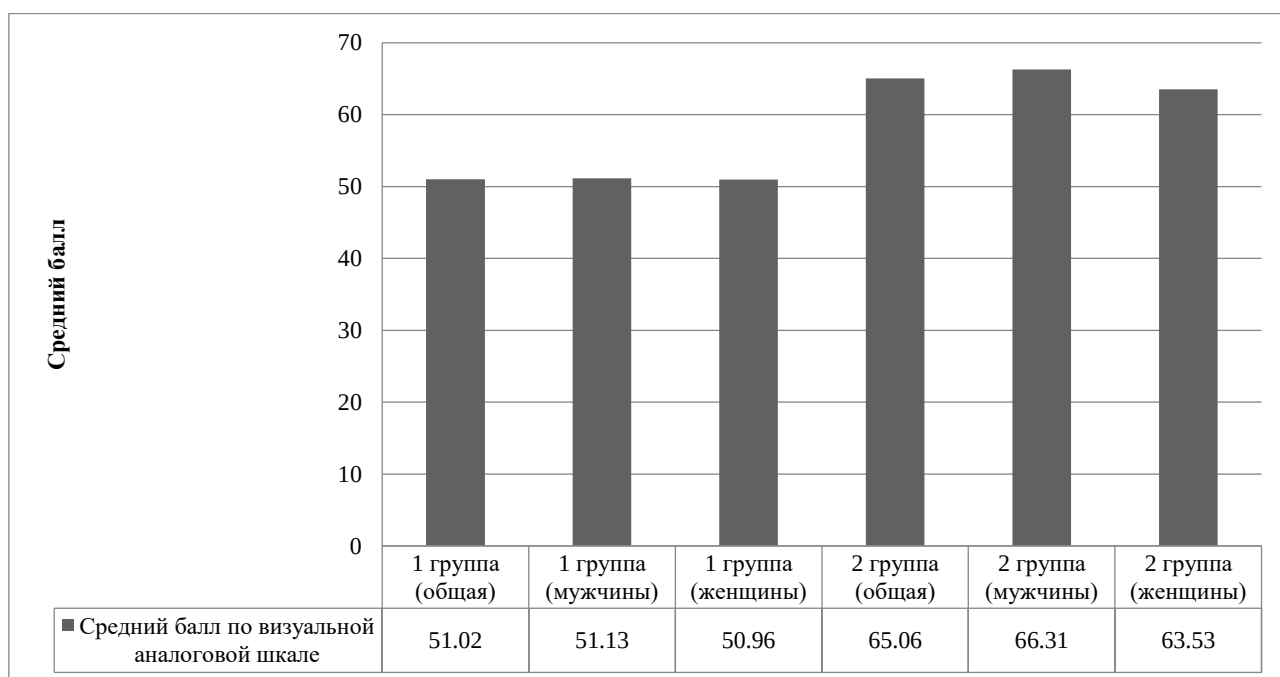


Рисунок 16. – Данные по качеству жизни (визуальная аналоговая шкала)

Как видно из рисунка 16, все респонденты, участвовавшие в исследовании оценивают качество своей жизни на среднем уровне (в диапазоне от 50 до 66 баллов из 100 возможных), однако значения, полученные в группе пациентов с суицидальными мыслями несколько ниже, чем у пациентов без суицидальных идеаций, подобное соотношение было получено нами также при использовании нейропсихологическое тестирование с использованием опросника QOLIE-31 (Quality of Life in EpilepsyInventory-31, Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al., 1998).

3.9 Анализ взаимосвязи социально-демографических, клинико-анамнестических и клинико-психологических особенностей пациентов

В исследовании нами также был проведен корреляционный анализ (использовался коэффициент корреляции Спирмена) для выявления характера

взаимосвязей между социально-демографическими, клинико-анамнестическими и психологическими особенностями пациентов. Далее мы остановимся на более подробном анализе полученных результатов.

Начать рассмотрение результатов корреляционного анализа нам бы хотелось с анализа взаимосвязей показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы безнадежности Бека и различных клинико-психологических особенностей пациентов. Так, нами было обнаружено, что уровень тревоги и уровень депрессии образуют тесные положительные связи с показателем шкалы безнадежности Бека ($r=0,405$, $p\leq 0,000$ и $r=0,479$, $p\leq 0,000$), что свидетельствует о том, что у пациентов с повышением уровня тревоги и депрессии увеличивается число негативных ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего. Можно предположить, что высокий уровень тревоги и депрессии, негативный эмоциональный фон могут порождать негативные мысли и ожидания, связанные с будущим, которое, как правило, характеризуется неопределенностью. В свою очередь негативные ожидания относительно будущего и нарастание неопределенности могут способствовать росту тревоги и депрессии, а также появлению суицидальных мыслей.

Анализ взаимосвязей госпитальной шкалы тревоги и депрессии со шкалой безнадежности Бека в каждой из рассматриваемых групп позволил выявить значимые положительные связи между шкалой тревоги и шкалой депрессии ($r=0,409$, $p\leq 0,008$), а также между шкалой депрессии и шкалой безнадежности Бека ($r=0,444$, $p\leq 0,004$) в группе пациентов с суицидальными мыслями. Что касается связи между шкалой тревоги и шкалой безнадежности Бека, то значимых связей между данными показателями обнаружено не было, что можно объяснить тем, что переживание тревоги у пациентов с суицидальными мыслями не связано с возникновением негативных ожиданий в отношении будущего. В группе пациентов без суицидальных мыслей были выявлены значимые положительные связи между всеми тремя показателями: шкалами тревожности и депрессии ($r=0,369$, $p\leq 0,002$), шкалами депрессии и

безнадежности ($r=0,348$, $p\leq 0,003$), шкалами тревоги и безнадежности ($r=0,330$, $p\leq 0,005$).

Анализ взаимосвязей показателей тревоги, депрессии и безнадежности с антисуицидальными мотивами (по результатам опросника антисуицидальных мотивов (Linehan M., 1983)) и суицидальным риском (по результатам опросника суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Разуваевой Т.Н. (Шмелев А.Г., 1992) позволил выявить следующие взаимосвязи, результаты представлены в таблице 54.

Таблица 54 – Взаимосвязь показателей тревоги, депрессии и безнадежности с антисуицидальными мотивами

Антисуицидальные мотивы:	Тревога (HADS)		Депрессия (HADS)		Шкала безнадежности	
	г	р	г	р	г	р
«Выживание, умение справляться с ситуацией»	-,307**	,001	-,250**	,008	-,418**	,000
«Ответственность перед семьей»	-,183	,053	-,120	,209	-,255**	,007
«Мотивы, связанные с детьми»	-,115	,226	-,003	,977	-,158	,097
«Опасения социального неодобрения»	-,121	,202	-,133	,162	-,001	,991
«Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки»	-,018	,848	-,017	,859	-,043	,651
«Выраженность антисуицидальных мотивов»	-,149	,117	-,194*	,040	-,186*	,049

Примечание: *корреляция значима на уровне 0,05; ** корреляция значима на уровне 0,01.

Из таблицы 54 видно, что уровень тревоги, депрессии и безнадежности образует тесные обратные взаимосвязи с антисуицидальным мотивом «выживания, умения справляться с ситуацией» ($r=-0,307$, $p\leq 0,001$; $r=-0,250$, $p\leq 0,008$ и $r=-0,418$, $p\leq 0,000$). Кроме того, высокий уровень безнадежности пациентов образует отрицательную взаимосвязь со сниженной «ответственностью перед семьей» ($r=-0,255$, $p\leq 0,007$); повышение уровня депрессии и безнадежности у пациентов ведет к снижению выраженности антисуицидальных мотивов в целом ($r=-0,194$, $p\leq 0,040$; $r=-0,186$, $p\leq 0,049$).

В ходе более детального анализа характера взаимосвязей показателей тревоги, депрессии и безнадежности с антисуицидальными мотивами в каждой группе не было выявлено ни одной связи показателей тревоги, депрессии и безнадежности с антисуицидальными мотивами во 2 группе. В группе пациентов с суицидальными мыслями были выявлены 3 значимые взаимосвязи, показанные на рисунке 17.

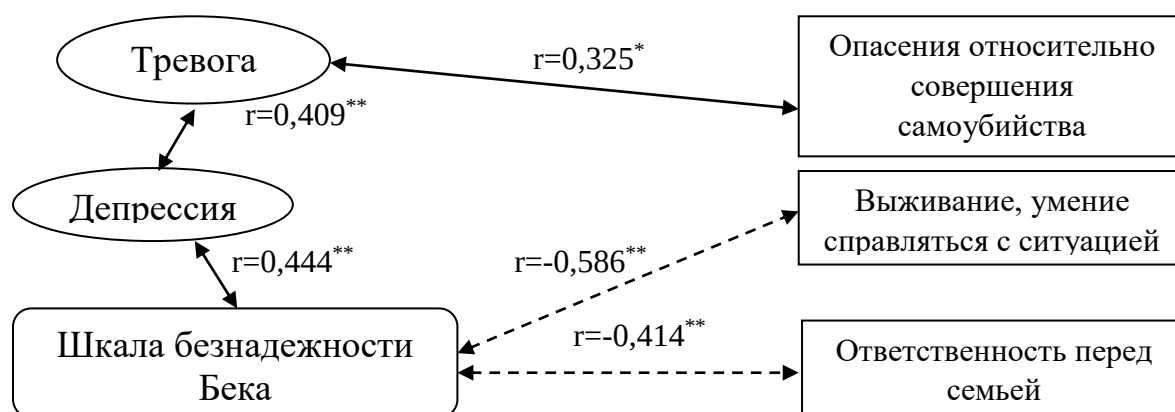


Рисунок 17. – Взаимосвязи показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы безнадежности Бека и антисуицидальных мотивов в группе больных эпилепсией и суицидальными мыслями

Примечание: *корреляция значима на уровне 0,05; ** корреляция значима на уровне 0,01.

Как видно из рисунка 17, в группе пациентов с суицидальными мыслями имеются тесные отрицательные связи между показателем шкалы безнадежности Бека и такими антисуицидальными мотивами, такими как: «выживание, умение справляться с ситуацией» и «ответственность перед семьей».

При изучении взаимосвязей между антисуицидальными мотивами и шкалой выраженности психопатологической симптоматики нами были выявлены статистически значимые взаимосвязи психопатологической симптоматики только с одним антисуицидальным мотивом - мотивом выживания. Коэффициенты корреляции представлены в таблице 55.

Таблица 55 – Взаимосвязь антисуицидального мотива выживания с психопатологической симптоматикой

Психопатологическая симптоматика	Выживание, умение справляться с ситуацией	
	г	р
Соматизация	-,199*	,035
Обсессивность-компульсивность	-,255**	,007
Межличностная сенситивность	-,320**	,001
Депрессия	-,390**	,000
Тревожность	-,226*	,017
Враждебность	-,233*	,014
Фобическая тревожность	-,147	,121
Паранойяльные тенденции	-,172	,069
Психотизм	-,322**	,001
GSI	-,309**	,001
PSI	-,312**	,001

Примечание: *корреляция значима на уровне 0,05; ** корреляция значима на уровне 0,01.

Антисуицидальный мотив выживания образует отрицательные связи с выраженностью психопатологической симптоматики. Так, у пациентов с выраженным мотивом выживания менее выражены симптомы соматических заболеваний, обсессивно-компульсивное расстройство, самоосуждение, чувство беспокойства и дискомфорт.

При изучении характера взаимосвязей показателей тревоги, депрессии и безнадежности с данными опросника суицидального риска было выявлено 18 положительных связей, результаты представлены в таблице 56.

Таблица 56 – Взаимосвязь показателей тревоги, депрессии и безнадежности с суицидальным риском

Факторы суицидального риска:	Тревога		Депрессия		Шкала безнадежности	
	г	Р	г	р	г	р
Демонстративность	,205*	,030	,188*	,047	,198*	,037

Аффективность	,399**	,000	,293**	,002	,211*	,026
Уникальность	,344**	,000	,266**	,005	,287**	,002
Несостоятельность	,384**	,000	,389**	,000	,459**	,000
Социальный пессимизм	,081	,395	,102	,284	,085	,375
Слом культурных барьеров	,003	,979	,136	,153	-,022	,814
Максимализм	,101	,290	,203*	,031	,193*	,042
Временная перспектива	,418**	,000	,358**	,000	,485**	,000
Антисуицидальный фактор	,247**	,009	,097	,309	,121	,205

Примечание: *корреляция значима на уровне 0,05; ** корреляция значима на уровне 0,01.

В 1 группе пациентов нами было выявлено, что высокий уровень тревоги тесно связан со следующими показателями: «аффективность» ($r=0,325$, $p \leq 0,038$), «уникальность» ($r=0,342$, $p \leq 0,029$), «несостоятельность» ($r=0,348$, $p \leq 0,026$) и «временная перспектива» ($r=0,353$, $p \leq 0,024$). Высокий уровень депрессии образует положительные связи со следующими показателями: «несостоятельность» ($r=0,449$, $p \leq 0,003$), «временная перспектива» ($r=0,370$, $p \leq 0,017$). Высокий уровень безнадежности образует положительные с показателями: «несостоятельность» ($r=0,486$, $p \leq 0,001$), «временная перспектива» ($r=0,595$, $p \leq 0,000$).

Во 2 группе были выявлены схожие взаимосвязи между показателями госпитальной шкалой тревоги и депрессии, шкалы безнадежности Бека и шкалы суицидального риска. Были обнаружены положительные связи шкалы тревоги с показателями аффективности ($r=0,424$, $p \leq 0,000$), уникальности ($r=0,246$, $p \leq 0,039$), несостоятельности ($r=0,253$, $p \leq 0,039$), временной перспективой ($r=0,326$, $p \leq 0,006$) и антисуицидальным фактором ($r=0,297$, $p \leq 0,012$); шкалы депрессии с аффективностью ($r=0,273$, $p \leq 0,021$); шкалы безнадежности с показателями аффективности ($r=0,299$, $p \leq 0,011$), несостоятельности ($r=0,319$, $p \leq 0,007$), временной перспективой ($r=0,346$, $p \leq 0,003$). Выявляется связь высокого уровня тревоги с антисуицидальным фактором, который способен снимать глобальный суицидальный риск даже при

высокой выраженности всех остальных факторов. Что наталкивает на мысль о том, что высокий уровень тревоги в совокупности с выраженным антисуицидальным фактором могут выступать в качестве силы, препятствующей формированию суицидального поведения. Данный факт, вероятно, может быть объяснен тем, что высокий уровень тревоги может способствовать появлению у пациентов опасений, негативных переживаний, связанных с мыслями о суициде.

Также нами были выявлены взаимосвязи между антисуицидальными мотивами и факторами суицидального риска по выборке в целом. Так, мотив «выживания, умение справляться с ситуацией» образует тесные отрицательные связи со следующими факторами суицидального риска: уникальность ($r=-0,273$, $p\leq 0,004$), несостоятельность ($r=-0,328$, $p\leq 0,000$) и временная перспектива ($r=-0,346$, $p\leq 0,000$); антисуицидальный мотив «ответственности перед семьей» имеет отрицательную связь с временной перспективой ($r=-0,204$, $p\leq 0,031$). Фактор суицидального риска демонстративность образует положительную связь с мотивом «опасения социального неодобрения» ($r=0,207$, $p\leq 0,028$).

В ходе анализа данных по каждой группе в отдельности нами были обнаружены 7 положительных связей между антисуицидальными мотивами и факторами суицидального риска в группе пациентов без суицидальных мыслей, а также 3 отрицательные и 1 положительная связь в группе пациентов с суицидальными мыслями. Так, в группе пациентов без суицидальных мыслей было обнаружено, что «опасения относительно совершения самоубийства» положительно связаны с демонстративностью ($r=0,265$, $p\leq 0,026$) и сломом культурных барьеров ($r=0,287$, $p\leq 0,015$), что может свидетельствовать о том, что пациенты с выраженными опасениями относительно совершения самоубийства стремятся привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания, они склонны искать культурные ценности и нормативы, которые могли бы оправдать суицидальное поведение или даже сделать его в какой-то мере привлекательным. Стоит отметить, что демонстративность у пациентов без суицидальных мыслей образует

положительные связи также с такими антисуицидальными мотивами, как: «опасения социального неодобрения» ($r=0,384$, $p\leq 0,001$), «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» ($r=0,278$, $p\leq 0,019$), а также с общей выраженностью антисуицидальных мотивов ($r=0,308$, $p\leq 0,009$). Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки, также образуют тесную положительную связь с аффективностью ($r=0,307$, $p\leq 0,009$); опасения социального неодобрения положительно связаны с временной перспективой ($r=0,270$, $p\leq 0,023$).

В группе пациентов с суицидальными мыслями нами были обнаружены отрицательные связи между мотивом «выживания, умением справляться с ситуацией», несостоятельностью ($r=-0,502$, $p\leq 0,001$) и временной перспективой ($r=-0,379$, $p\leq 0,014$); «ответственность перед семьей» отрицательно связана с максимализмом ($r=-0,326$, $p\leq 0,038$), а мотивы, связанные с детьми, образуют положительные связи с аффективностью ($r=0,358$, $p\leq 0,022$).

При анализе взаимосвязей госпитальной шкалы тревоги и депрессии с основными сферами качества жизни опросника QOLIE-31 было выявлено 13 отрицательных взаимосвязей. Так, показатель тревоги образует значимые отрицательные связи с такими сферами качества жизни, как: «боязнь приступов» ($r=-0,344$; $p\leq 0,000$); «эмоциональное благополучие» ($r=-0,474$; $p\leq 0,000$); «энергичность/усталость» ($r=-0,420$; $p\leq 0,000$); «когнитивное функционирование» ($r=-0,356$; $p\leq 0,000$); «влияние АЭП» ($r=-0,247$; $p\leq 0,009$); «социальное функционирование» ($r=-0,240$; $p\leq 0,011$), а также общий балл ($r=-0,466$; $p\leq 0,000$). Уровень депрессии имеет отрицательные связи со следующими сферами качества жизни: «общее качество жизни» ($r=-0,374$; $p\leq 0,000$); «эмоциональное благополучие» ($r=-0,399$; $p\leq 0,000$); «энергичность/усталость» ($r=-0,421$; $p\leq 0,000$); «когнитивное функционирование» ($r=-0,480$; $p\leq 0,000$); «социальное функционирование» ($r=-0,261$; $p\leq 0,011$), а также общий балл ($r=-0,495$; $p\leq 0,000$). Шкала безнадежности Бека образует отрицательные связи с такими сферами качества жизни, как: «боязнь приступов» ($r=-0,255$; $p\leq 0,007$); «общее качество жизни» ($r=-0,327$; $p\leq 0,000$); «эмоциональное благополучие»

($r=-0,342$; $p\leq 0,000$); «энергичность/усталость» ($r=-0,384$; $p\leq 0,000$); «когнитивное функционирование» ($r=-0,368$; $p\leq 0,000$); «социальное функционирование» ($r=-0,301$; $p\leq 0,011$), а также общий балл ($r=-0,466$; $p\leq 0,000$).

Кроме того, стоит отметить, что данные по самооценке качества жизни пациентами также образует отрицательные связи как с субшкалами госпитальной шкалы тревоги ($r=-0,218$; $p\leq 0,000$) и депрессии ($r=-0,242$; $p\leq 0,000$), так и с уровнем безнадежности по шкале Бека ($r=-0,323$; $p\leq 0,000$).

Также в ходе исследования нами было установлено, что показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии и шкала безнадежности Бека образуют тесные положительные взаимосвязи со всеми шкалами симптоматических расстройств шкалы выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R ($p\leq 0,000$). Полученные коэффициенты корреляции представлены в таблице 57.

Таблица 57 – Взаимосвязь госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы безнадежности Бека и психопатологической симптоматики (SCL-90-R)

Психопатологическая симптоматика	Тревога		Депрессия		Шкала безнадежности	
	г	р	г	р	г	р
Соматизация	0,507**	0,000	0,487**	0,000	0,425**	0,000
Обсессивность-компульсивность	0,465**	0,000	0,508**	0,000	0,462**	0,000
Межличностная сензитивность	0,497**	0,000	0,457**	0,000	0,543**	0,000
Депрессия	0,594**	0,000	0,522**	0,000	0,540**	0,000
Тревожность	0,582**	0,000	0,444**	0,000	0,358**	0,000
Враждебность	0,404**	0,000	0,386**	0,000	0,507**	0,000
Фобическая тревожность	0,462**	0,000	0,483**	0,000	0,383**	0,000
Паранойяльные тенденции	0,405**	0,000	0,361**	0,000	0,372**	0,000
Психотизм	0,502**	0,000	0,407**	0,000	0,511**	0,000
GSI	0,622**	0,000	0,557**	0,000	0,546**	0,000
PSI	0,624**	0,000	0,560**	0,000	0,549**	0,000

Примечание: ** статистическая значимость $p < 0,01$

Таким образом, основываясь на полученных результатах о связи тревоги, депрессии и безнадежности с психопатологической симптоматикой по выборке в целом, можно говорить о том, что у пациентов с повышением уровня тревоги и депрессии, а также ростом негативных ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего увеличивается выраженность психопатологической симптоматики: соматизация, обсессивность – компульсивность, межличностная сенситивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльные тенденции, психотизм.

При изучении характера взаимосвязей показателей тревоги, депрессии и безнадежности с данными Фрайбургского личностного опросника было выявлено 18 положительных связей и 8 – отрицательных, представленных в таблице 58.

Таблица 58 – Связь госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы безнадежности Бека с показателями Фрайбургского личностного опросника

Показатели личностного опросника	Тревога		Депрессия		Шкала безнадежности	
	г	р	г	р	г	р
Невротичность	,477**	,000	,476**	,000	,251**	,008
Спонтанная агрессивность	,170	,072	,217*	,021	,225*	,017
Депрессивность	,532**	,000	,468**	,000	,444**	,000
Раздражительность	,391**	,000	,370**	,000	,231*	,014
Общительность	-,189*	,046	-,326**	,000	-,324**	,000
Уравновешенность	-,335**	,000	-,200*	,035	-,230*	,015
Реактивная агрессивность	,055	,564	,132	,166	,002	,982
Застенчивость	,362**	,000	,394**	,000	,419**	,000
Открытость	,271**	,004	,141	,139	,077	,417
Экстраверсия	-,135	,156	-,161	,089	-,144	,131
Эмоциональная лабильность	,547**	,000	,438**	,000	,375**	,000
Маскулинность - феминность	-,239*	,011	-,178	,060	-,257**	,006

Примечание: *корреляция значима на уровне 0,05; ** корреляция значима на уровне 0,01.

Как видно из таблицы 57, шкала тревоги образует положительные взаимосвязи с такими шкалами Фрайбургского личностного опросника, как: невротичность, депрессивность, раздражительность, застенчивость, открытость и эмоциональная лабильность, а также отрицательные со шкалами общительности, уравновешенности, экстраверсии и маскулинности-феминности.

Уровень депрессии и безнадежности образует положительные связи с такими шкалами Фрайбургского личностного опросника, как: невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность, раздражительность и эмоциональная лабильность, а также отрицательные со шкалами общительности и уравновешенности.

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Эпилепсия находится на стыке двух специальностей, представляющим проблему, относящуюся как к неврологии, так и к психиатрии (Тиганов А.С., 1999; Карлов В.А., 1995; Калинин В.В., 2005; Киссин М.Я., 2009; Mula M., 2007; Lopes de Souza. J., 2018.).

В исследовании приняло участие 112 больных эпилепсией, находившихся на стационарном лечении в отделении лечения экзогенно–органических расстройств и эпилепсии «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России в период с 2018 по 2020 годы. Все больные в ходе исследования были разделены на 2 группы. Критерием для деления стало наличие суицидальных мыслей на момент проведения исследования: в первую группу вошли пациенты с суицидальными мыслями (41 человек); вторую группу составили пациенты без суицидальных идеаций (71 человек).

При оценке гендерных и возрастных отличий стоит отметить, что в группе больных эпилепсией с суицидальными мыслями по гендерному признаку преимущественно представлены женщины (в 2 раза больше, чем мужчин, 63,41% против 36,59%), средний возраст $33,85 \pm 12,23$. Важно отметить, что в группе без актуальных суицидальных идеаций распределение было равномерное, без возрастных отличий. Также обследуемые группы не различались по возрасту дебюта и длительности заболевания, что, возможно, обусловлено большой дисперсией по возрасту в общей выборке.

В дальнейшем при оценке социально–демографических параметров пациентов было выявлено, что около 66% пациентов 1 группы имеют инвалидность (II и III группы), во 2 группе инвалидность имеют порядка 48% пациентов (II и III группы). Различия по инвалидизации пациентов между группами являются достоверными на уровне значимости $p=0,05$. Различий по полу между группами не было выявлено. Несмотря на полученные данные, всё же хотелось бы обратить внимание на то, что они могут несколько отличаться от реального положения дел, поскольку, как показало интервью с пациентами, далеко не все из них положительно относятся к инвалидности и хотели её

получать, многие пациенты в ходе интервью пытались отрицать наличие у себя инвалидности. Возможно, не все пациенты, принявшие участие в исследовании и не имеющие инвалидности, реально её не имеют. Можно предположить, что наличие инвалидности расценивается как фактор суицидального риска, поскольку является стигматизирующим для пациента.

При оценке уровня образования, можно высказать предположение о том, что образовательный уровень пациентов с суицидальным поведением несколько ниже, чем у пациентов, не имеющих суицидальных идеаций.

Исходя, возможно, из предыдущего заключения, среди пациентов с суицидальными мыслями значимо большее количество пациентов является неработающими, что, вероятно, может восприниматься самими пациентами в совокупности с более низким уровнем образования, а также более высоким уровнем инвалидизации, нежели в группе пациентов без суицидальных идеаций, как социальная неуспешность.

При анализе семейного статуса, стоит отметить, что понятие «семьи» было субъективным для каждого из пациентов, поскольку некоторые из пациентов воспитывались не в биологических семьях.

В ходе анализа структуры семей пациентов, принявших участие в исследовании, было выявлено, что практически все пациенты, вошедшие во вторую группу, имели полную семью (95,8% респондентов), лишь три человека таковой не имели (4,2%). Среди пациентов с суицидальными идеациями полную семью имели порядка 61% испытуемых, неполную – 31,7%, ещё 7,3% респондентов являются сиротами. Стоит отметить, что все сироты – женщины. Различия между группами, связанные со структурой семьи пациентов, являются значимыми ($p=0,01$), что, предположительно, может свидетельствовать о том, что пациенты первой группы чаще, чем пациенты второй группы, имеют неполную семью (31,7% и 4,2%, соответственно) или являются сиротами (7,3% респондентов основной группы).

Таким образом, можно сделать предположение, что структура семьи пациентов, страдающих от эпилепсии, может выступать в качестве фактора,

свидетельствующего о социальном неблагополучии и отсутствии семейной поддержки. При сравнительном анализе типов семейных отношений, было выявлено, что практически все пациенты второй группы (97,2%) охарактеризовали отношения в своих семьях как гармоничные, в то время как в 1 группе около 39% пациентов назвали отношения в своей семье дисгармоничными (авторитаризм, отсутствие взаимной поддержки и понимания, повышенная конфликтность, агрессия и насилие). Полученные различия являются значимыми ($p \leq 0,01$). Кроме того, стоит отметить, что в ходе корреляционного анализа было выявлено, что тип отношений в семьях пациентов образует обратную связь с показателем «морально-нравственные аспекты» шкалы семейного окружения ($r = -0,05$, $p \leq 0,030$), что свидетельствует о том, что в семьях с гармоничными отношениями внутри семьи выше уровень семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям.

Возможно, в рамках дисгармоничных взаимоотношений в семье пациенты с суицидальными мыслями значимо больше проживающих без семьи, нежели среди пациентов без суицидальных мыслей.

При проведении анализа наличия сиблингов выявлено, что большинство пациентов обеих групп являются единственным ребенком в семье, что составляет около 56,3% по всей выборке. Треть респондентов выборочной совокупности являются старшими детьми в своих семьях (29,5%) и лишь 14,3% респондентов всей выборки являются младшими.

В процессе интервью пациенты обеих групп, являющиеся старшими детьми в своей семье (34,1% респондентов 1 группы и 26,8% 2 группы), отмечали, что в силу их заболевания, а также постоянного нахождения в лечебных учреждениях, родители уделяли им меньше внимания, чем младшим детям (около 60% респондентов, имеющих младших сиблингов). Зачастую пациентами отмечалось, что вся родительская любовь и забота доставались младшим сиблингам, а не им. По мнению некоторых пациентов, родители в большей степени акцентировали своё внимание на младших здоровых детях, пытаясь тем самым компенсировать недостаток общения с «больными» детьми.

Кроме того, часть респондентов считали, что младший сиблинг появился в семье в силу болезни старшего.

Таким образом, можно сделать предположение, что структура семьи пациентов, страдающих от эпилепсии, может выступать в качестве фактора, свидетельствующего о социальном неблагополучии и отсутствии семейной поддержки.

Полученные результаты дают возможность предположить, что семейные отношения пациентов с суицидальными мыслями чаще являются дисгармоничными, чем у пациентов без суицидальных идеаций. Вероятно, сложности, связанные с отношениями в семье, отсутствием внимания со стороны родителей, предпочтением родителями младших («здоровых») детей старшим (больным эпилепсией) также могут выступать в качестве фактора суицидального риска.

Таким образом, обобщая результаты частотного анализа, можно предположить, что особенности семейного контекста пациентов без суицидальных идеаций являются более благоприятными, чем у пациентов с суицидальными мыслями: они чаще имеют полную семью, проживают совместно со своей семьей, а семейные отношения оценивают преимущественно как гармоничные. Полученные данные могут также свидетельствовать о значимости особенностей семейного окружения в формировании склонности к суицидальному поведению у пациентов с эпилепсией.

Как результат социально-демографического анализа можно предположить, что женский гендер, наличие инвалидности, наличие неполной семьи (у пациентов – сирот, возможно, как результат депривационного синдрома), наличие дисгармоничных отношений приводит к социальной безысходности, наличию чувства уязвимости и незащищенности со стороны общества и отсутствия семейной поддержки, что может способствовать формированию дезадаптивных форм реагирования на болезнь в «кризисных» ситуациях.

В дальнейшем при проведении анализа суицидологического статуса пациентов, можно сделать вывод о том, что в семьях пациентов с суицидальными мыслями чаще встречается подобное поведение и у их родственников, что подтвердилось в нашем исследовании. Так, у трети пациентов с суицидальными мыслями (34,1% респондентов) суицидальное поведение и попытки суицида имели место быть у их родственников, в группе без суицидальных идеаций подобное поведение встретилось лишь в одном случае (1,4%). Наиболее распространенными способами суицида у родственников пациентов, явились повешение и использование огнестрельного оружия, далее идут летальное самоповреждение и удушье, также единичными случаями являются падение с высоты и отравление медикаментами. В группе пациентов без суицидальных мыслей был выявлен один случай суицидальной активности у родственников, в качестве способа суицида было использовано повешение. Также стоит отметить, что в группе пациентов с суицидальными мыслями предпочитаемые их родственниками способы суицида более разнообразными оказались у родственников женщин. Как показало проведенное нами исследование, пациенты 1 группы, страдающие от эпилепсии, из всех возможных способов суицида были склонны предпочитать отравление лекарственными препаратами (61%). Вторым по распространенности способом суицида как для мужчин, так и для женщин явилось порез острым предметом (20% - мужчины и 15,38% - женщины), на третьем месте у мужчин оказалось повешение (13,33%), у женщин - падение с высоты (11,54%). Указанные методы суицида носили предпочтительный характер и не имели определенного исполнительного плана. Стоит отметить, что падение с высоты и удар транспорта были характерны в нашем исследовании только для женщин, а удушье – для мужчин. Один испытуемый из группы не указал ни одного предпочитаемого способа суицида.

Проанализировав данные по предпочитаемым способам суицида у мужчин и женщин с суицидальными мыслями, мы пришли к заключению о том, что женщины в отличие от мужчин склонны предпочитать более эмоционально

окрашенные, импульсивные, даже демонстративные, способы суицида, к примеру, падение с высоты, удар транспорта, которые не характерны для мужчин. Что касается мужчин, то они, напротив, склонны в большей степени выбирать такие способы суицида, которые требуют большего планирования и обдумывания, уединения (к примеру, удушье, повешение). Бесспорно, высказанная нами идея – это только предположение, требующее более детального и углубленного изучения. Однако данное предположение может быть объяснено более выраженной эмоциональностью женщин.

Вероятно, наличие родственника, совершившего суицид, является примером определенной модели поведения, к которой может прибегнуть пациент в случае необходимости.

В целом полученные данные косвенно указывают на роль генетического фактора в формировании конституциональной предрасположенности к суицидальному поведению у пациентов, страдающих от эпилепсии. Указанная проблема требует дальнейшего исследования.

При анализе клинического статуса выявлено, что выраженность жалоб на пароксизмальные расстройства сознания в группе пациентов с суицидальными мыслями выше, чем среди пациентов без суицидальных идеаций ($p \leq 0,01$), возможно это связано с "озабоченностью" своим заболеванием, восприятием как исключительного случая.

В дальнейшем мы проанализировали наличие эпизодического употребления психоактивных веществ и алкоголя, как факторов, мешающих адекватному контролю за заболеванием. Эпизоды употребления ПАВ, в 1 группе выше, чем во 2 группе (14,6% и 2,8%, соответственно), кроме того, в 1 группе пациентов с периодическим употреблением алкоголя больше, чем в группе без таковых (29,3% и 4,2%, соответственно). Также стоит отметить, что мужчины и женщины, вошедшие в группу пациентов с суицидальными мыслями, различаются по показателю употребления алкоголя ($\phi^* = 2,56$; $p \leq 0,01$). Так, с данной проблемой чаще сталкиваются мужчины, чем женщины (53,3% и 15,4%, соответственно).

Исходя из существования данных, свидетельствующих о влиянии физического и психологического насилия на формирование суицидального поведения пациентов, нами также были проанализированы данные по наличию в анамнезе пациентов, страдающих от эпилепсии, с суицидальными мыслями и без суицидальных идеаций данных видов насилия. Выявлено, что пациенты без суицидальной активности реже, чем пациенты с суицидальными идеациями, испытывали как физическое (физические издевательства, недостаточный уход в детстве и т.д.), так и психологическое насилие (психологическое давление, угрозы, вербальные издевательства, оскорбления и т.д.) со стороны родственников и сверстников.

Кроме того, пациенты 2 группы в анамнезе вообще не испытывали физического насилия ни со стороны родственников, ни со стороны сверстников, в отличие от пациентов 1 группы, а также реже подвергались психологическому насилию ($\varphi^*=3,263$; $p \leq 0,01$). Также стоит отметить, что мужчины из первой группы, в отличие от женщин, не испытывали психологического насилия со стороны родственников, только со стороны сверстников.

При оценке коморбидной соматической патологии, особенностям очаговой неврологической симптоматики достоверно значимых различий не выявлено.

При анализе характеристик основного заболевания выявлено, в 1 группе пациентов припадки происходят чаще, чем у пациентов 2 группы, что говорит о том, у пациентов с суицидальными мыслями эпилепсия является плохо контролируемой, что, по данным, представленным в литературе, повышает риск суицида. В целом по выборке припадки у пациентов случаются чаще всего еженедельно. В ходе сравнительного анализа частоты припадков в двух группах было выявлено, что у пациентов 1 группы ежедневные припадки случаются статистически значимо чаще, чем во 2 ($\varphi^*= 2,534$; $p \leq 0,01$). Наиболее представленными являются фокальные формы эпилепсии, менее представленными являются первично-генерализованные формы эпилепсии.

Основываясь на полученных в ходе исследования данных, склонность к серийному течению заболевания в группе пациентов с суицидальными мыслями выше, чем у пациентов без суицидальных идеаций (43,9% и 23,9%, соответственно). Различия между группами являются значимыми ($\phi^*=2,172$; $p \leq 0,05$). Это может свидетельствовать о том, что склонность к серийному течению заболевания у пациентов с суицидальными мыслями выше, чем у пациентов без суицидальных намерений. Возможно, это также связано с периодическим употреблением психоактивных веществ и алкоголя, отсутствием контроля со стороны семьи, низким комплаенсом.

Также в группе пациентов с суицидальными мыслями число пациентов с фармакорезистентностью – устойчивостью к лекарственным препаратам – выше, чем в группе пациентов с суицидальным поведением ($p \leq 0,05$).

В ходе изучения коморбидных психических расстройств было выявлено, что наиболее распространенным сопутствующим расстройством у пациентов с суицидальными мыслями является депрессивное расстройство, которое встретилось в данной группе пациентов в 90,2% случаев, постиктальные психозы представлены в 9,8% случаев, а кратковременный интериктальный психоз – в 2,4% случаев. Полученные различия по представленности депрессивного расстройства между группами пациентов являются статистически значимыми ($\phi^*=9,753$; $p \leq 0,01$). Таким образом, у пациентов с суицидальными мыслями достоверно значимо выше уровень депрессивного расстройства, что подтверждает имеющиеся в литературе данные о связи уровня депрессии и склонности к суициду.

Кроме того, стоит отметить, что среди пациентов с суицидальными мыслями большее число респондентов характеризуется эмоциональной лабильностью (около 71%), а также обнаруживает у себя легкие когнитивные нарушения (около 51,2%), нежели во 2 группе. Различия между группами являются значимыми ($p \leq 0,01$). Стоит также добавить, что уровень эмоциональной лабильности у женщин с суицидальными идеациями статистически значимо выше, чем у мужчин ($p \leq 0,05$). Таким образом, опираясь

на полученные результаты, можно заключить, что пациенты с суицидальными идеациями характеризуются более выраженной эмоциональной лабильностью, чем пациенты без суицидальной активности, причем у женщин уровень эмоциональной лабильности выше, чем у мужчин. Кроме того, пациентам с суицидальными мыслями свойственны в большей мере легкие когнитивные нарушения, а также более выраженное депрессивное расстройство. Можно предположить, что эмоциональная лабильность, наличие легкого когнитивного нарушения, а также депрессивное расстройство могут выступать в качестве факторов риска формирования суицидального поведения.

Пациенты обеих групп характеризуются доминантными для эпилепсии изменениями личности – глищроидным и эксплозивным. Однако представленность данных изменений личности в группе пациентов с суицидальными мыслями встречается чаще, чем среди пациентов 2 группы. Различия между группами являются значимыми ($p \leq 0,01$).

При оценке схем терапии выявлено, что пациенты 1 группы преимущественно находились на политерапии с длительностью приема более 5 лет. Наиболее распространенными препаратами являются традиционные АЭП (вальпроаты, карбамазепин) и противоэпилептические препараты последнего поколения. Стоит отметить, что мужчины с суицидальными мыслями принимают вальпроаты в 53,3% случаев, женщины – лишь в 26,9% случаев ($p \leq 0,05$); в группе пациентов без суицидальных идеаций вальпроаты принимают 25,6% мужчин и 18,8% женщин. Нарушение комплаенса в анамнезе наблюдалось у 27.7% всех пациентов: у 61% пациентов 1 группы и 8.5% пациентов 2 группы. Различия между пациентами двух групп являются статистически значимыми ($\phi^*=6.123$; $p \leq 0.01$).

По результатам параклинических методов исследования выявлено, что изменения гиппокампов локализованы в группе пациентов с суицидальными мыслями преимущественно слева (17,1% случаев), локализация изменений гиппокампов справа была обнаружена всего в одном случае (2,4%). В группе пациентов без суицидальной активности, напротив, чуть больше случаев

локализации изменений гиппокампа обнаружено справа (7% случаев – справа, 4,2% случаев – слева). Также было выявлено, что существует статистически значимое различие между двумя группами в отношении расположения изменений гиппокампа слева. Иными словами, в группе пациентов с суицидальными мыслями чаще, чем во 2 группе изменения гиппокампа локализуются слева ($\phi^*=2,243$; $p \leq 0,05$).

Данный нейровизуализационный феномен обуславливает фокальность приступов, раннюю политерапию, изменения со стороны психического статуса (вариабельность непсихотических психических расстройств).

По результатам ЭЭГ было выявлено, что в группе пациентов с суицидальными мыслями в целом очаговые пароксизмальные изменения чаще всего локализуются в левом (34,1%) доминантном полушарии, в группе пациентов без суицидальной активности - в правом доминантном (43,7%). Различия между группами по месту локализации очаговых пароксизмальных изменений активности являются значимыми ($p \leq 0,05$). В ходе сравнительного анализа типов генерализации очаговых пароксизмальных изменений было выявлено, что различия в представленности очаговых пароксизмальных изменений с левосторонней генерализацией доминантного полушария между пациентами двух групп являются статистически значимыми ($\phi^*= 2,335$; $p \leq 0,01$).

При оценке антисуицидальных мотивов выявлено, что степень выраженности всех антисуицидальных мотивов у пациентов с эпилепсией без суицидальных идеаций в анамнезе выше, чем у пациентов с суицидальными мыслями. Так, у пациентов 1 группы значимость имеют только три антисуицидальных мотива: «мотивы, связанные с детьми»; «ответственность перед семьей», а также мотивы «выживания и умения справиться с ситуацией» (значение всех мотивов более 3,5 баллов). Перечисленные мотивы являются также наиболее весомыми антисуицидальными мотивами и для пациентов, не имеющих суицидальных мыслей, однако их выраженность во 2 группе значимо выше, чем в 1 группе. Кроме того, стоит сказать, что также значения чуть выше среднего (3,5) в группе пациентов без суицидальных идеаций имеют такие

антисуицидальные мотивы, как: «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки», и «опасения социального неодобрения». Это, как нам кажется, может свидетельствовать о значимости данных мотивов для пациентов второй группы в некоторых ситуациях, однако их вес меньше, чем вес перечисленных выше трех антисуицидальных мотивов. Для пациентов 1 группы «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки», и «опасения социального неодобрения» не являются значимыми и весомыми антисуицидальными мотивами. Самым слабым мотивом, противостоящим суицидальным тенденциям, в обеих группах являются «опасения относительно совершения самоубийства». Также стоит обратить внимание на общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов, который во 2 группе является более выраженным, чем в 1 группе ($p \leq 0,001$). При этом общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов во 2 группе является значимым, в 1 группе – нет.

Стоит также отметить, что в группе пациентов с суицидальными мыслями была выявлена значимая положительная связь между мотивом «выживания, умением справляться с ситуацией» и длительностью заболевания ($r=0,324$; $p \leq 0,039$). Это может свидетельствовать о том, что с увеличением длительности заболевания у пациентов с суицидальными мыслями становится более выраженным антисуицидальный мотив выживания. Очевидно, рост длительности заболевания ведет к большей убежденности пациентов в необходимости преодоления существующих проблем, выработки умения справляться с возникающими ситуациями. В группе пациентов без суицидальных идеаций была выявлена отрицательная связь между длительностью заболевания и «опасениями относительно совершения самоубийства» ($r = -0,316$; $p \leq 0,007$). Данная связь может говорить, на наш взгляд, о том, что с увеличением продолжительности болезни у пациентов без суицидальных идеаций опасения относительно совершения самоубийства становятся менее выраженными, то есть со временем пациенты начинают переживать меньше опасений, связанных с суицидом (меньше боятся смерти,

неизвестности и т.д.). Они адаптируются к заболеванию, понимая, что эпилепсия – это не приговор.

Также нами был проведен сравнительный анализ антисуицидальных мотивов между мужчинами и женщинами в обеих группах. Стоит отметить, что значимых гендерных различий ни в одной из двух групп выявлено не было.

Сравнительный анализ данных мужчин с суицидальными мыслями и без суицидальных идеаций показал, что у мужчин без суицидальных идеаций достоверно значимо более выражены такие антисуицидальные мотивы, как «ответственность перед семьей» ($p=0,038$), а также «общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов» ($p=0,047$). Что касается женской части выборки, то различий между женщинами с суицидальными мыслями и без суицидальных мыслей было выявлено больше. Так, женщины без суицидальных мыслей имеют следующие более выраженные антисуицидальные мотивы: «выживание, умение справляться с ситуацией» ($p=0,000$); «ответственность перед семьей» ($p=0,001$); «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» ($p=0,026$), а также «общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов» ($p=0,003$).

Таким образом, для представителей обеих групп наиболее значимыми мотивами, противостоящими суицидальным тенденциям, являются мотивы, связанные с семьей и детьми, а также убежденностью в том, что проблемы необходимо преодолевать и уметь справляться с возникающими ситуациями. Что касается одобрения окружающих, моральных установок, противоречащих совершению суицидальных попыток, а также опасений, связанных с совершением суицида, то данные мотивы не являются особо значимыми для пациентов обеих групп. Кроме того, стоит отметить, что значимых различий по выраженности различных антисуицидальных мотивов между мужчинами в рамках каждой группы выявлено не было, но было обнаружено, что внутри женской и мужской групп существуют различия между пациентами, имеющими суицидальные мысли и не имеющими их. Так, у мужчин с суицидальными мыслями в меньшей степени является выраженным

антисуицидальный мотив, связанный с «ответственностью перед семьей», а также «общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов». Что касается женщин, то пациентки с суицидальными мыслями характеризуются менее выраженной «ответственностью перед семьей», но и менее выраженным «стремлением к преодолению возникающих в их жизни ситуаций, выживанию», чем женщины без суицидальных идеаций. Кроме того, моральные установки женщин без суицидальных мыслей в большей мере противоречат совершению суицидальных попыток, а также возникновению суицидальных мыслей.

Таким образом, у пациентов с суицидальными мыслями в меньшей степени, чем у пациентов без суицидальных идеаций, выражены антисуицидальные мотивы, что может свидетельствовать о том, что низкий уровень выраженности антисуицидальных мотивов может способствовать возникновению у пациентов суицидальных мыслей.

Наиболее выраженными факторами суицидального риска в обеих группах являются «социальный пессимизм», «аффективность» и «несостоятельность». Иными словами, наиболее выраженными факторами риска суицидального поведения для пациентов с эпилепсией как первой, так и второй групп являются негативное отношение как к собственной личности, так и к окружающему миру, а также доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Кроме перечисленных факторов, стоит отметить, что важным для пациентов с суицидальными мыслям фактором является невозможность конструктивного планирования будущего (диагностический концепт «временная перспектива»). Наименее выраженными факторами суицидального риска в обеих группах являются «слом культурных барьеров» и «максимализм». Говоря другими словами, пациенты обеих групп не склонны искать те или иные культурные ценности и нормативы, которые могли бы в случае необходимости оправдать их суицидальное поведение, а также экстраполировать локальные проблемы, возникающие в одной конкретной сфере жизни, на остальные сферы жизнедеятельности.

На наш взгляд, интересной является выявленная отрицательная связь между показателем «социальный пессимизм» и длительностью заболевания ($r = -0,230$; $p \leq 0,015$). Данная связь может свидетельствовать о том, что при увеличении длительности заболевания социальный пессимизм со временем снижается, то есть пациент начинает воспринимать мир как менее враждебный, возможно, происходит принятие своего заболевания.

Между пациентами двух групп в результате сравнительного анализа с помощью U-Манна-Уитни были выявлены достоверно значимые различия по ряду субшкалам: «уникальность», «несостоятельность», «максимализм», «временная перспектива» ($0,020 \leq p \leq 0,001$). Это свидетельствует о том, что пациенты с суицидальными мыслями в большей мере, чем пациенты без суицидальных мыслей, склонны воспринимать себя, ситуации, в которые они попадают, и собственную жизнь в целом как явления исключительные, не похожие на другие, а также склонны в большей мере распространять на все сферы жизни содержания локальных конфликтов, возникающих в какой-то одной жизненной сфере, демонстрировать аффективную фиксацию на неудачах. Пациенты с суицидальными мыслями обладают наиболее отрицательной концепцией собственной личности и в меньшей степени способны конструктивно планировать свое будущее, нежели пациенты без суицидальных намерений.

При гендерном сопоставлении выявлено, что у мужчин без суицидальных мыслей в сравнении со всеми другими респондентами менее выражен фактор «аффективности», у женщин с суицидальными мыслями – «несостоятельность» (отрицательная концепция собственной личности). Также стоит сказать о том, что мужчины с суицидальными мыслями характеризуют более выраженным желанием привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания, чем мужчины без суицидальных мыслей.

Таким образом, говоря о степени сформированности суицидальных намерений, стоит ещё раз отметить, что низкий уровень антисуицидальных мотивов, а также выраженность отдельных факторов суицидального риска

могут выступать в качестве факторов формирования суицидальных мыслей и суицидального поведения.

У пациентов 1 группы наблюдается субклинически выраженная тревога ($M=9,09\pm 4,29$), уровень депрессии находится на границе между нормой и субклинически выраженной депрессией; у пациентов без суицидальных мыслей, по результатам методики, отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги и депрессии. Иными словами, их уровень тревоги и депрессии находятся в норме. По результатам шкалы безнадежности Бека было показано, что у пациентов 1 группы наблюдается легкая безнадежность, то есть присутствуют легкие негативные ожидания, связанные с ближайшим и отдаленным будущим. Различия между группами по всем показателям являются значимыми ($p\leq 0.001$).

Стоит также отметить, что были выявлены различия между мужчинами и женщинами группы пациентов с суицидальными мыслями по уровню выраженности тревоги ($p=0.007$).

Таким образом, было показано, что пациенты, страдающие от эпилепсии, первой группы демонстрируют более высокий уровень тревоги и депрессии, нежели пациенты 2 группы. Полученные нами результаты согласуются с имеющимися в литературе данными о том, что в основе суицидального поведения во многих случаях лежит депрессия. Полученные различия по представленности депрессивного расстройства между группами пациентов являются статистически значимыми ($\varphi^*=9,753$; $p\leq 0,01$). Таким образом, у пациентов с суицидальными мыслями достоверно значимо выше уровень депрессивного расстройства, что подтверждает имеющиеся в литературе данные о связи уровня депрессии и склонности к суициду.

Кроме того, их характеризуют легкие негативные ожидания, связанные с ближайшим и отдаленным будущим, в отличие от пациентов без суицидальных намерений, у которых безнадежность не была выявлена. Также важно сказать о том, что у женщин как первой ($p=0,007$), так второй группы ($p=0,038$) уровень тревоги выше, чем у мужчин. Кроме того, нами не было обнаружено значимых

различий между мужчинами с суицидальными мыслями и мужчинами без суицидальных идеаций. Женщины с суицидальными мыслями, в отличие от женщин без суицидальных идеаций, характеризуются более высоким уровнем тревоги, депрессии и безнадежности ($0,005 \leq p \leq 0,000$).

Анализ данных, полученных в ходе использования шкалы выраженности психопатологической симптоматики, показал, что показатели отдельных шкал в 1 группе пациентов выше, чем во 2 группе пациентов. Стоит отметить, что различия между группами были выявлены по показателям всех шкал ($0,003 \leq p \leq 0,000$).

Анализ данных результатов психопатологического опросника показал, что выраженность отдельных шкал в группе пациентов с суицидальными мыслями выше, чем в группе пациентов без суицидальных идеаций. Различия между группами были выявлены по показателям всех шкал. Кроме того, при сопоставлении данных каждой группы пациентов с нормативными значениями по каждой шкале, а также значения индексов GSI и PSI, было выявлено, что все значения в группе пациентов 1 группы выше нормативных. В ходе сравнительного анализа показателей двух групп были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$) в выраженности общего индекса тяжести симптомов у пациентов с эпилепсией с суицидальными мыслями и без таковых. У пациентов с суицидальными мыслями индекс выше и составляет $1,196 \pm 0,74$, для пациентов 2 группы характерен более низкий уровень, составлявший $0,562 \pm 0,41$. Что свидетельствует о большей выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с суицидальными идеациями по сравнению с пациентами без суицидальных идеаций. Также были выявлены значимые различия между мужчинами и женщинами 1 группы пациентов по выраженности общего индекса тяжести патопсихологических симптомов ($p = 0,027$). То есть у пациентов с суицидальными мыслями психопатологическая симптоматика выражена сильнее и степень их тяжести выше, чем у пациентов без суицидальных идеаций.

У мужчин индекс тяжести психопатологической симптоматики составил $0,94 \pm 0,79$, у женщин – $1,34 \pm 0,67$, что свидетельствует о большей выраженности психопатологической симптоматики у женщин по сравнению с мужчинами в группе пациентов с суицидальными мыслями. При сопоставлении показателей мужчин и женщин без суицидальных идеаций по выраженности общего индекса тяжести патопсихологических симптомов также было обнаружено, что у женщин выраженность психопатологической симптоматики выше, чем у мужчин (мужчины – $0,50 \pm 0,45$; женщины – $0,64 \pm 0,33$) на уровне значимости $p=0,016$. Таким образом, можно сделать вывод о том, что выраженность психопатологической симптоматики у женщин в обеих группах выше, чем у мужчин.

Также нами были обнаружены различия по всем показателям между женщинами обследованных групп ($0,016 \leq p \leq 0,000$). У женщин с суицидальными мыслями все показатели выше, чем у женщин без суицидальных идеаций. Что касается мужчин, то среди них также были выявлены некоторые различия ($0,049 \leq p \leq 0,001$). Так, мужчины с суицидальными мыслями обнаружили более высокие значения по показателям соматизации, обсессивности-компульсивности, депрессии, тревожности, враждебности, паранойяльных тенденций, а также по общему индексу тяжести симптомов.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что пациенты с суицидальными мыслями характеризуются более выраженной психопатологической симптоматикой по сравнению с пациентами без суицидальных идеаций. Кроме того, стоит отметить, что показатели женщин в обеих группах являются более выраженными, чем у мужчин, особенно по показателям соматизации, депрессии, тревожности и общему количеству и интенсивности симптомов. Как видим, одними из наиболее выраженных в группе с суицидальными мыслями являются показатели депрессии и тревожности, что также согласуется с полученными нами данными по госпитальной шкале тревоги и депрессии, а также результатами относительно

представленности депрессивного расстройства в группе пациентов с суицидальными мыслями. Все полученные нами данные соответствуют имеющимся в литературе данным относительно того, что в основе суицидального поведения зачастую лежит депрессия, а также о том, что 70-80% пациентов, страдающих от эпилепсии, имеют хроническую депрессию или же хотя бы однократно за время болезни у них возникал депрессивный эпизод различной продолжительности. Стоит также отметить, что по данным Фрайбургского личностного опросника у пациентов с суицидальными мыслями показатель депрессивности также является статистически значимо более выраженным, чем у пациентов без суицидальных идеаций.

Личностный профиль пациентов с суицидальными мыслями характеризуется выраженным невротическим синдромом со значительными психосоматическими нарушениями, повышенным уровнем психопатизации, создающем предпосылки для импульсивного поведения, наличием признаков психопатологического депрессивного синдрома в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде, неустойчивым эмоциональным состоянием со склонностью к аффективному реагированию, частыми колебаниями настроения, повышенной возбудимостью, раздражительностью и недостаточной саморегуляцией. На наш взгляд, повышенная возбудимость, склонность к колебаниям настроения, импульсивность, депрессивность, раздражительность и склонность к аффективному реагированию могут выступать в качестве факторов суицидального риска.

При гендерном сравнении, можно заключить, что для женщин с суицидальными мыслями в большей мере, чем для мужчин, характерны выраженный невротический синдром астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями, признаки депрессивного синдрома в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде, тревожность, скованность, неуверенность, следствием чего являются трудности в социальных контактах. Кроме того, женщины отличаются

неустойчивостью эмоционального состояния, что проявляется в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности и недостаточной саморегуляции, что может быть объяснено более высокой эмоциональностью женщин в принципе. Мужчины с суицидальными мыслями в отличие от женщин характеризуются более выраженной потребностью в общении и постоянной готовностью к удовлетворению этой потребности, они более устойчивы к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, что основано на уверенности в себе, оптимистичности и активности. Кроме того, мужчины 1 группы являются более экстравертированными, чем женщины, протекание их психической деятельности характеризуется мужским типом.

Для семей пациентов, принявших участие в исследовании, в целом является характерным забота членов семьи друг о друге, возможность открыто действовать и выражать свои чувства, открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений, а также порядок и организованность в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности и определенности семейных правил и обязанностей. Наименее выраженными являются показатели контроля, интеллектуально-культурной ориентации и ориентация на активный отдых. Иными словами, для семей пациентов, участвовавших в исследовании, в меньшей степени являются характерными иерархичность семейной организации, ригидность семейных правил и процедур, контроль членами семьи друг друга, активность членов семьи в социальной, интеллектуальной и культурной сферах деятельности, а также участие в различных видах активного отдыха и спорта.

Можно предположить, что отношения между членами семьи у мужчин характеризуются большей заботой друг о друге, взаимопомощью, выраженностью чувства принадлежности к семье. Кроме того, семьи мужчин являются более организованными: важным для семьи является порядок и организованность в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности и определенности семейных правил и

обязанностей. Интересно, что для семей мужчин с суицидальными мыслями в большей мере, чем для семей женщин с суицидальными мыслями, характерно открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений.

Отношения между членами семей в группе мужчин с суицидальными мыслями в сравнении с мужчинами без суицидальных идеаций характеризуются большей заботой друг о друге, склонностью к взаимопомощи, выраженностью чувства принадлежности к семье, большей открытостью в выражении своих чувств и действий; независимостью и самостоятельностью в обдумывании проблем и принятии решений, активностью членов семьи в социальной, интеллектуальной, культурной и политической сферах деятельности. Кроме того, семьи мужчин с суицидальными мыслями характеризуются большей ригидностью семейных правил и процедур, контролем членами семьи друг друга.

Отношения между членами семей женщин 2 группы характеризуются большей заботой членов семей друг о друге, выраженностью чувства принадлежности к семье, большей степенью семейного уважения к этическим и нравственным ценностям и положениям, а также порядком и организованностью в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности и определенности семейных правил и обязанностей и более иерархичной семейной организацией и ригидностью семейных правил и процедур.

При анализе отношения к болезни во всех группах пациентов доминирует «смешанный» тип отношения к болезни. Он встречается в половине случаев. На втором месте в 1 группе пациентов находится «диффузный» тип отношения к болезни, на третьем – «чистый»; во 2 группе пациентов на втором месте по представленности – «чистый» тип отношения к болезни, на третьем – «диффузный». В ходе сравнительного анализа было выявлено, что различия по представленности «чистого» и «диффузного» типов отношения к болезни в двух группах пациентов являются значимыми ($p \leq 0,05$).

Анализ «чистых» типов отношения к болезни в двух группах показал, что в группе пациентов с суицидальными мыслями статистически значимо меньше респондентов с «чистым» типом отношения к болезни, чем в группе пациентов без суицидальных идеаций ($p \leq 0,05$) доминирующим типом отношения к болезни из числа «чистых» типов в общей выборке является гармоничный тип, второе место занимает сенситивный тип, третье – анозогнозический. Если рассматривать каждую группу в отдельности, то стоит отметить, что в группе пациентов с суицидальными мыслями сложно выделить преобладающий «чистый» тип, в группе пациентов без суицидальных идеаций наиболее представленным является гармоничный тип.

В ходе анализа «диффузных» и «смешанных» типов отношения к болезни нами было выявлено, что в обеих группах наиболее представленными типами отношения к болезни являются эргопатический тип и сенситивный тип отношения к болезни.

Наряду с эргопатическим и сенситивным типами в группе пациентов без суицидальной активности также достаточно выраженным является анозогнозический тип отношения к болезни, а в группе пациентов с суицидальными идеациями выявлены пациенты с анозогнозическим, тревожным и ипохондрическим типами отношения к болезни.

Сравнительный анализ типов отношения к болезни в двух группах выявил: у пациентов с суицидальными мыслями более выраженными, чем у пациентов без суицидальных идеаций оказались тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический типы отношения к болезни ($0,010 > p > 0,000$).

Проведенный содержательный анализ распределения шкальных оценок внутри каждого блока обнаружил преобладание первого блока (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни) в группе пациентов без суицидальных идеаций. В большинстве случаев диагностирования смешанного и диффузного типов, доминирование первого блока в данной группе сохраняется. Данный факт свидетельствует о том, что,

несмотря на явления психической дезадаптации, пациенты без суицидальных мыслей в своем поведении, как правило, руководствуются стремлением к сохранению ценностной структуры и активному социальному функционированию. В группе пациентов с суицидальными мыслями довольно сложно говорить о том, что какой-то из трех блоков преобладает, все три блока являются представленными примерно в равной степени. Стоит отметить, что наиболее выраженным типом отношения к болезни у пациентов 1 группы является сенситивный тип, характеризующийся чрезмерной ранимостью, уязвимостью, озабоченностью возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Для данного типа отношения к болезни характерны опасения, связанные с тем, что окружающие станут жалеть человека, считать его неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться к нему, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природе болезни и даже избегать общения с ним, что может приводить к снижению социального функционирования. Пациент с сенситивным типом отношения к болезни может бояться стать обузой для близких из-за своей болезни и неблагоприятного отношения с их стороны. Также такому человеку присущи колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

Вероятно, преобладание сенситивного типа отношения к болезни в совокупности с депрессивностью, раздражительностью, повышенным уровнем тревожности, эмоциональной лабильностью и негативными ожиданиями относительно будущего может способствовать возникновению у человека негативного эмоционального фона, конфликтам с окружающими людьми, дистанцированию от них, что в свою очередь, предположительно, может способствовать возникновению у пациентов суицидальных мыслей.

Опираясь на полученные в результате анализа качества жизни, можно заключить, что показатели качества жизни у пациентов второй группы несколько выше и находятся в рамках диапазона средних значений ближе к верхней границе, у пациентов первой группы показатели качества жизни

располагаются ближе к нижней границе диапазона средних значений. Наиболее значимые различия между пациентами двух групп касаются таких аспектов жизни человека, как «эмоциональное благополучие», «функционирование когнитивных функций» (памяти, внимания, мышления и т.д.), «социального функционирования» (особенности взаимодействия с друзьями, родственниками, использование свободного времени и т.д.), «энергичности».

Можно заключить, что пациенты, страдающие эпилепсией, с суицидальными мыслями оценивают качество своей жизни несколько ниже, чем пациенты с эпилепсией без суицидальных идеаций. Можно предположить, что беспокойство по поводу возможности возникновения приступов, утомляемость, влияние АЭП, проблемы с когнитивными функциями, а также сниженная социальная активность пациентов, страдающих от эпилепсии, могут негативно отражаться на общем качестве жизни и приводить к формированию суицидального поведения.

По результатам корреляционного анализа у пациентов с повышением уровня тревоги и депрессии увеличивается число негативных ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего. Можно предположить, что высокий уровень тревоги и депрессии, негативный эмоциональный фон могут порождать негативные мысли и ожидания, связанные с будущим, которое, как правило, характеризуется неопределенностью. В свою очередь негативные ожидания относительно будущего и нарастание неопределенности могут способствовать росту тревоги и депрессии, а также появлению суицидальных мыслей.

Полученные данные могут свидетельствовать о том, что в группе пациентов с суицидальными мыслями негативные ожидания, связанные с будущим тесно связаны с высоким уровнем депрессии, что может приводить к появлению суицидальных мыслей. В группе пациентов без суицидальных идеаций негативные ожидания в отношении будущего образуют положительные связи как с уровнем тревоги, так и уровнем депрессии. В свою

очередь, как нам кажется, негативные мысли и ожидания, связанные с будущим человека, могут повышать уровень тревоги и депрессии пациентов.

У пациентов с высоким уровнем тревоги и депрессии, а также негативными ожиданиями, связанными с ближайшим и отдаленным будущим, менее выражен мотив «выживания, умение справляться с ситуацией». Вероятно, неумение справляться с ситуацией, отсутствие стремления преодолеть сложившуюся проблему, отсутствие ресурса для её разрешения могут порождать или повышать у пациента уровень тревоги, депрессии, а также способствовать появлению и росту негативных мыслей и ожиданий в связи с ближайшим и отдаленным будущим.

Иными словами, у пациентов с эпилепсией, характеризующихся высоким уровнем тревоги, депрессии и негативными ожиданиями в отношении будущего, менее выражены антисуицидальные мотивы, стремление справляться с ситуацией, преодолевать возникающие проблемы, а также снижена ответственность перед семьей. Таким образом, можно предположить, что сниженный эмоциональный фон, высокий уровень тревоги и депрессии, негативные мысли и ожидания, связанные с будущим, а также слабо выраженные антисуицидальные мотивы могут приводить к возникновению у пациентов суицидальных мыслей и проявлению суицидального поведения. То есть негативные переживания (тревога, депрессия, безнадежность) в сочетании с недостаточно выраженными антисуицидальными мотивами – мотивами и установками, препятствующими формированию суицидального поведения – могут приводить к формированию суицидальных мыслей и суицидального поведения.

Выявлены отрицательные связи между показателем шкалы безнадежности Бека и такими антисуицидальными мотивами, как: выживание, умение справляться с ситуацией и ответственность перед семьей. На наш взгляд, выявленную взаимосвязь можно объяснить тем, что неумение человека справляться с возникающей проблемной ситуацией, депрессивное расстройство, а также низкий уровень ответственности перед семьей могут

привести к проявлению негативных мыслей и ожиданий, связанных с будущим, что в свою очередь может привести к возникновению суицидальных мыслей.

Также была выявлена положительная связь между уровнем тревоги и антисуицидальным мотивом, связанным с «опасениями пациентов относительно совершения самоубийства», что может свидетельствовать о том, что пациенты с высоким уровнем тревоги характеризуются выраженными опасениями относительно совершения самоубийства (боязнью самого акта суицида, боязнью смерти и неизвестности, связанной с ней). Таким образом, у пациентов с суицидальными мыслями высокий уровень тревоги тесно связан с выраженными «опасениями относительно совершения самоубийства», негативные ожидания относительно будущего связаны со слабо выраженными антисуицидальными мотивами «ответственности перед семьей» и «выживанием, умением справляться с ситуацией».

Выявлены отрицательные связи с выраженностью психопатологической симптоматики и антисуицидальными мотивами, что может свидетельствовать о том, что пациенты, у которых убежденность в необходимости преодолевать возникающие проблемы, справляться с жизненными трудностями, выживать, не опуская руки, психопатологическая симптоматика выражена в меньшей степени, глубина расстройства и интенсивность симптомов меньше, чем у пациентов со слабовыраженным антисуицидальным мотивом выживания. Так, у пациентов с выраженным мотивом выживания менее выражены симптомы соматических заболеваний, обсессивно-компульсивное расстройство, самоосуждение, чувство беспокойства и дискомфорт, связанный с межличностным взаимодействием пациента, также менее выраженными оказываются депрессия, тревожность, враждебность и избегающий стиль жизни.

При изучении характера взаимосвязей показателей тревоги, депрессии и безнадежности с данными опросника суицидального риска было выявлено 18 положительных связей, что, на наш взгляд, может свидетельствовать о том, что пациенты с высоким уровнем тревоги и депрессии, а также негативными

ожиданиями, связанными с будущим, характеризуются более высоким уровнем сформированности суицидальных намерений, чем пациенты, характеризующиеся менее выраженными показателями тревоги, депрессии и безнадёжности.

Можно заключить, что в группе пациентов с суицидальными мыслями негативные ожидания, связанные с будущим, высокий уровень тревоги и депрессии тесно связаны с отрицательной концепцией собственной личности пациентов, невозможностью конструктивного планирования будущего. Иными словами, возможно, негативный эмоциональный фон (высокий уровень тревоги и депрессии, негативные мысли) приводит к возникновению негативных ожиданий относительно будущего, невозможности его конструктивного планирования, а также формированию негативного отношения к самому себе, что проявляется в отрицательной концепции собственной личности. С другой стороны, отрицательная концепция собственной личности и невозможность конструктивного планирования своего будущего могут порождать у пациентов негативные мысли и ожидания, связанные с будущим, что может способствовать повышению уровня тревоги и депрессии. Кроме того, пациентов с высоким уровнем тревоги характеризует доминирование эмоций над интеллектуальным контролем ситуации, импульсивность, убежденность в том, что они сами и вся их жизнь представляют собой явления исключительные, не похожие на другие, что подразумевает также и «исключительные варианты выхода» (к примеру, суицид). Иными словами, высокая эмоциональность, импульсивность, преобладание эмоций над интеллектом, а также вера в свою исключительность могут приводить к необдуманным импульсивным поступкам, вплоть до суицида.

Также нами были выявлены взаимосвязи между антисуицидальными мотивами и факторами суицидального риска по выборке в целом. Иными словами, чем выше у пациентов стремление к выживанию, умение справляться с ситуацией, убежденность в необходимости преодоления проблемы, тем в меньшей степени они склонны воспринимать себя и свою жизнь, как нечто

уникальное и исключительное, их концепция собственной личности более позитивна, а также они способны конструктивно планировать свое будущее. Кроме того, ответственность перед семьей связана с высоким уровнем способности пациентов конструктивно планировать свое будущее. Выраженность опасений социального неодобрения в связи с суицидальными намерениями имеет связь с увеличением желания привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания.

В ходе анализа данных по каждой группе в отдельности нами были обнаружены 7 положительных связей между антисуицидальными мотивами и факторами суицидального риска в группе пациентов без суицидальных мыслей, а также 3 отрицательные и 1 положительная связь в группе пациентов с суицидальными мыслями. Так, в группе пациентов без суицидальных мыслей было обнаружено, что опасения относительно совершения самоубийства положительно связаны с демонстративностью ($r=0,265$, $p\leq 0,026$) и сломом культурных барьеров ($r=0,287$, $p\leq 0,015$), что может свидетельствовать о том, что пациенты с выраженными опасениями относительно совершения самоубийства стремятся привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания, они склонны искать культурные ценности и нормативы, которые могли бы оправдать суицидальное поведение или даже сделать его в какой-то мере привлекательным. Вероятно, через социальную поддержку и сочувствие со стороны окружающих, а также через нахождение культурных ценностей и нормативов, способных оправдать суицидальное поведение, пациенты склонны совладать со своими опасениями относительно совершения самоубийства. Стоит отметить, что демонстративность у пациентов без суицидальных мыслей образует положительные связи также с такими антисуицидальными мотивами, как: «опасения социального неодобрения» ($r=0,384$, $p\leq 0,001$), «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» ($r=0,278$, $p\leq 0,019$), а также с общей выраженностью антисуицидальных мотивов ($r=0,308$, $p\leq 0,009$). Иными словами, «опасения относительно социального неодобрения» суицида, «наличие моральных

установок, противоречащих совершению суицидальной попытки», а также «выраженность антисуицидальных мотивов» в целом связаны с желанием привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. «Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки», также образуют тесную положительную связь с аффективностью ($r=0,307$, $p\leq 0,009$); опасения социального неодобрения положительно связаны с временной перспективой ($r=0,270$, $p\leq 0,023$). Иными словами, «опасения, связанные с социальным неодобрением», тесно связаны с невозможностью пациентов конструктивно планировать будущее.

В группе пациентов с суицидальными мыслями нами были обнаружены отрицательные связи между мотивом «выживания, умением справляться с ситуацией», «несостоятельностью» ($r=-0,502$, $p\leq 0,001$) и «временной перспективой» ($r=-0,379$, $p\leq 0,014$); «ответственность перед семьей» отрицательно связана с «максимализмом» ($r=-0,326$, $p\leq 0,038$), а «мотивы, связанные с детьми», образуют положительные связи с «аффективностью» ($r=0,358$, $p\leq 0,022$). Таким образом, в группе пациентов с суицидальными мыслями «умение справляться с ситуацией», убежденность в необходимости преодолевать проблемы связаны со способностью конструктивного планирования будущего и позитивной концепцией собственной личности. «Ответственность перед семьей» связана с низким уровнем инфантильного максимализма ценностных установок, умением не переносить конфликты из одной жизненной сферы на другие. Пациенты с выраженными антисуицидальными мотивами, связанными с детьми, характеризуются доминированием эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации.

Пациенты с высоким уровнем тревоги, депрессии и безнадежности характеризуются большим количеством, а также большей интенсивностью психопатологических симптомов. В ходе исследования нами было установлено, что показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии и шкала безнадежности Бека образуют тесные положительные взаимосвязи со всеми

шкалами симптоматических расстройств шкалы выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R ($p \leq 0,000$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с высоким уровнем тревоги в целом по выборке обнаруживается высокий уровень невротизации личности, депрессивности, эмоциональная неустойчивость, тревожность, скованность, неуверенность, следствием чего выступают трудности в социальных контактах. Однако стоит отметить, что в то же время уровень тревоги образует положительные связи со стремлением к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности. А также нужно сказать о том, что пациенты с эпилепсией вне зависимости от наличия у них суицидальных мыслей, имеющие высокий уровень тревоги, характеризуются слабо выраженной потребностью в общении, низким уровнем защищенности к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, интровертированностью, а также протеканием психической деятельности преимущественно по женскому типу. Вероятно, протекание психической деятельности преимущественно по женскому типу можно объяснить тем, что у женщин показатели по данному параметру ниже, чем у мужчин, а уровень тревоги – выше. Таким образом, полученная обратная связь между уровнем тревоги и шкалой маскулинности-феминности является закономерной.

Выявлено, что с возрастанием у пациентов уровня депрессии и безнадежности также повышается уровень невротичности, психопатизации, что создает предпосылки для импульсивного поведения. Кроме того, высокий уровень депрессии и негативные ожидания относительно будущего у пациентов связаны с высоким показателем депрессивности в рамках личностного опросника, склонностью к аффективному реагированию, эмоциональной неустойчивостью, с колебаниями настроения, повышенной возбудимостью, раздражительностью и недостаточной саморегуляцией. Пациенты с высоким уровнем депрессии и безнадежности также не демонстрируют выраженной потребности в общении, а также не защищены от воздействующих на них

стресс-факторов обычной жизненной ситуации. На наш взгляд, негативное эмоциональное состояние, тревога и депрессия, а также негативные ожидания, связанные с будущим, могут приводить к тому, что человек начинает центрироваться на своих негативных переживаниях, что блокирует его потребность в общении с окружающими, а также постоянную готовность к удовлетворению данной потребности. Кроме того, стоит сказать о том, что показатель безнадежности, как и уровень тревоги, образует отрицательную связь со шкалой маскулинность-феминность.

При анализе взаимосвязей госпитальной шкалы тревоги и депрессии с основными сферами качества жизни опросника QOLIE-31 было выявлено 13 отрицательных взаимосвязей. Так, уровень тревоги пациентов образует значимые отрицательные связи с такими сферами качества жизни, как: «боязнь приступов» ($r=-0,344$; $p\leq 0,000$); «эмоциональное благополучие» ($r=-0,474$; $p\leq 0,000$); «энергичность/усталость» ($r=-0,420$; $p\leq 0,000$); «когнитивное функционирование» ($r=-0,356$; $p\leq 0,000$); «влияние АЭП» ($r=-0,247$; $p\leq 0,009$); «социальное функционирование» ($r=-0,240$; $p\leq 0,011$), а также общий балл ($r=-0,466$; $p\leq 0,000$). Уровень депрессии имеет отрицательные связи со следующими сферами качества жизни: «общее качество жизни» ($r=-0,374$; $p\leq 0,000$); «эмоциональное благополучие» ($r=-0,399$; $p\leq 0,000$); «энергичность/усталость» ($r=-0,421$; $p\leq 0,000$); «когнитивное функционирование» ($r=-0,480$; $p\leq 0,000$); «социальное функционирование» ($r=-0,261$; $p\leq 0,011$), а также общий балл ($r=-0,495$; $p\leq 0,000$). Шкала безнадежности Бека образует отрицательные связи с такими сферами качества жизни, как: «боязнь приступов» ($r=-0,255$; $p\leq 0,007$); «общее качество жизни» ($r=-0,327$; $p\leq 0,000$); «эмоциональное благополучие» ($r=-0,342$; $p\leq 0,000$); «энергичность/усталость» ($r=-0,384$; $p\leq 0,000$); «когнитивное функционирование» ($r=-0,368$; $p\leq 0,000$); «социальное функционирование» ($r=-0,301$; $p\leq 0,011$), а также общий балл ($r=-0,466$; $p\leq 0,000$).

Подводя итог, полученные результаты предположительно позволяют говорить о том, что пациенты с высоким уровнем тревоги, депрессии и негативными ожиданиями относительно будущего характеризуются низким

уровнем социальной активности, оптимизма, неуверенностью в себе, незащищенностью к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций. Кроме того, пациенты, характеризующиеся низким уровнем социальной активности и оптимизма, неуверенностью в себе, незащищенностью к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, также обнаруживают высокий уровень депрессии.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

В данном разделе будет приведено описание 2 клинических примеров больных с эпилепсией с суицидальными намерениями (женского и мужского гендера). Оба пациента проходили обследование и стационарное лечение отделения эпилепсии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Клинический случай №1.

Пациентка А., 41 год. Наблюдается с диагнозом: Криптогенная эпилепсия с частыми фокальными вегетативными и моторными приступами с нарушением осознанности с эволюцией в билатеральные тонико-клонические приступы, фармакорезистентное течение. Расстройство личности с поведенческими нарушениями. Госпитализирована в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева в 2018 году с целью коррекции терапии и оценки динамики общего состояния. На момент поступления жалобы на приступы тонического напряжения мышц в левой руке и ноге частотой до ежедневных, приступы «волны» напряжения в эпигастральной области, переходящей в генерализованные тонико-клонические приступы, частотой до нескольких раз в неделю.

Анамнез заболевания: в возрасте 10 лет эпизоды зрительных обманов восприятия при засыпании и пробуждении. В 12 лет - упала с высоты (обстоятельства травмы не помнит). За медицинской помощью не обращалась. Вероятно, закрытая черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга). С 14 лет - редкие генерализованные судорожные приступы при засыпании и пробуждении. Ввиду того, что приступы были редкими, за медицинской помощью не обращалась. В 2010 году, верифицирован диагноз эпилепсия, назначена антиэпилептическая терапия, комбинация ламотриджина и фенобарбитала (сочетание фокальной и генерализованной форм приступов). На фоне данной терапии (вероятно, на фоне приема ламотриджина) - синдром Стивенса-Джонсона. Ввиду возникновения побочных эффектов препарат был отменен. Принимала препарат вальпроевой кислоты с умеренным эффектом. В дальнейшем был отменен ввиду развития аллергической реакции. Осенью 2017 года принимала 2000 мг/сут леветирацетама без существенного улучшения.

Затем к терапии добавлен бензобарбитал, ввиду наличия еженедельных приступов, на фоне приема которого частота приступов снизилась. В дальнейшем бензобарбитал был отменен в связи с аллергической реакцией в виде сыпи. На момент поступления принимала леветирацетам 1000 мг/сут, топирамат 175 мг/сут, прегабалин 150 мг/сут.

Психический статус: в поведении упорядочена, дистанцию не соблюдает. Фон настроения ровный, суточная динамика по депрессивному типу, преобладает подавленность, дисфория и ригидный аффект. Эмоционально лабильна. Без агрессивных тенденций на момент осмотра. Обстоятельна, ригидна, труднопереключаема, фиксирована на малозначительных деталях в описаниях. Эпилептическое резонерство. Выражены нарушения мышления по органическому типу с преобладанием наглядно-образных, конкретных суждений над абстрактно-логическими. Выявляется снижение функции когнитивных процессов в виде нарушения памяти, внимания, истощаемости. Отмечает «наплывами» суицидальные мысли, возникающие преимущественно в вечернее время, боится, что не сможет «сопротивляться желанию». Возникновение данных мыслей не может связать с чем-то определенным («многое наслось»). Известно, что пациентка находится в бракоразводном процессе, имеет 2 дочерей. По образованию журналист, работает «фрилансером». Большую часть времени уделяет написанию стихов и рисованию картин. О своей родной семье информации не раскрывает, со слов, «они не стоят упоминания».

МРТ головного мозга 3 Тл по эпи-протоколу: без патологии.

Электроэнцефалография: (фоновая запись) Продольный биполярный монтаж, чувствительность 7 мкВ/мм, фильтр низких частот – 30 Гц, фильтр высоких частот – 0.5 Гц. Кортикальная ритмика сформирована по возрасту. Регистрируются стойкие диффузные, умеренной степени выраженности, нарушения биоэлектрической активности коры головного мозга. Регистрируются локальные нарушения активности, с левополушарным

акцентом в глубоких отделах (четче лобно-височный акцент) с усилением их выраженности на фоне проводимой гипервентиляции.

Проведено нейропсихологическое обследование. По результатам SCL-90-R в структуре патопсихологического комплекса преобладают: «депрессивность», «соматизация», «обсессивность-компульсивность», «тревожность», «межличностная сенситивность», «психотизм». Также определяется клинически значимый высокий уровень тревоги (7 баллов) и депрессии (14 баллов) по госпитальной шкале. Проанализировав суицидальные риски верифицировано, что возникновение суицидальных намерений связано с такими показателями как: «несостоятельность» (отрицательная концепция собственной личности и будущего, 4 балла), «уникальность» (восприятие исключительности своего заболевания, 1 балл), «аффективность» (1 балл), «демонстративность» (1 балл). Также мы проанализировали структуру витальных мотивов, где выявлено, равномерное снижение всех антисуицидальных показателей, кроме «мотивы, связанные с детьми» (единственный параметр, превышающий 3,5).

После признания о наличии мыслей о суициде, пациентка была консультирована психиатром. Верифицирован диагноз: изменение личности по эксплозивному типу в связи с эпилепсией. Депрессивный эпизод, тяжелой степени тяжести. Проводилась психокоррекционная работа. Показаний для назначения антидепрессантов нет. Проведена коррекция антиэпилептической терапии: отмена леветирацетама (в связи с повышенным риском анксиогенного эффекта и развития дисфории) и топирамата (провокация когнитивной дисфункции и седативного эффекта), введен в терапию лакосамид до 150 мг в сутки (нормотимический и антидепрессивный эффект). На фоне назначенной терапии попыток суицида зарегистрировано не было, пациентка стабильна в поведенческом плане, частота приступов снизилась до 1 раз в 2 недели.

Клинический случай №2.

Пациент К., 22 года. Наблюдается с диагнозом: Правосторонняя мезиальная височная фокальная эпилепсия структурной этиологии (кистозно-

глиозные изменения правой височной доли) с фокальными моторными приступами, фармакорезистентное течение. На момент поступления предъявлял следующие жалобы: на судорожные приступы, начинающиеся с трудно описываемого ощущения, частотой до 10 раз в неделю, в основном дневные, изредка провоцируемые эмоциональным напряжением, учащающиеся в осенне-весенний период, нередко сопровождающиеся травмами: а) без утраты сознания: педалирующие движения правой ногой, арест речи, длительностью около 1 минуты; б) с утратой сознания: поворот головы вправо, судороги во всех конечностях с акцентом в правых; на короткие эпизоды дереализации (частоту уточнить затрудняется); на редкие эпизоды ночного энуреза; на патологическая брезгливость к прикосновению окружающих; на снижение способности к запоминанию новой информации.

Достоверный сбор жалоб и анамнеза затруднён в связи с имеющимися у пациента когнитивными нарушениями. Со слов пациента, а также по данным предоставленной медицинской документации, первый приступ - в возрасте 7 лет (июнь 2003 года), судорожный с утратой сознания, без явных провоцирующих факторов. До 16 лет приступы данного характера повторялись с частотой около 1 раза в год. В возрасте 9 лет - черепно-мозговая травма (удар в правый висок), сознания не терял, не госпитализировался. С 2008 г. приступы стали менее тяжёлыми и продолжительными, но при этом значительно участились (до 30 приступов в день при попытке отмены карбамазепина). Ранее в течение многих лет принимал топирамат 200 мг/сут, карбамазепин 800 мг/сут, вальпроаты 1000 мг/сут. Из-за приступов неоднократно получал травмы и ожоги. В октябре-ноябре 2018 г. находился на лечении НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева; по данным выписки в клинике наблюдались ежедневные вторично-генерализованные судорожные приступы с потерей сознания продолжительностью до 30 с. Проводилась коррекция противоэpileптической терапии: отмена карбамазепина, снижение дозы топирамата; в связи с поведенческими нарушениями также к терапии был добавлен левомепромазин. В результате введения в терапию леветирацетама и лакосамида приступов не

отмечалось в течение двух недель; на амбулаторном этапе в связи с недоступностью последнего приступы возобновились. Поступил повторно с целью определения дальнейшей тактики лечения.

Родился от первых срочных родов. Масса тела при рождении 2700 грамм, рост 50 см. Рос и развивался по возрасту. Окончил 11 классов, последний класс - на домашнем обучении (не справлялся с учёбой). Был вынужден оставить училище из-за очень частых приступов (2014 год). Никогда не работал. Не женат, детей нет. Взаимоотношения в семье описывает как «сложные», неоднократно подвергался физическому насилию со стороны отца, расценивает это как воспитание. С мамой отношения описывает как «теплые», со слов, «разрешает помогать ей, но стесняется выходить вместе на улицу, потому что боится, что кто-нибудь увидит приступ». Есть младшая сестра, «я люблю ее, но жалею, потому что она родилась так как я больной». За время нахождения в стационаре с семьей не связывался, однократно посещала тетя (сестра мамы), чтобы передать еду.

Выполнено МРТ головного мозга (1,5 Тесла): зона кистозно-глиозных изменений в правой височной доле. Представлено на рисунке 18.

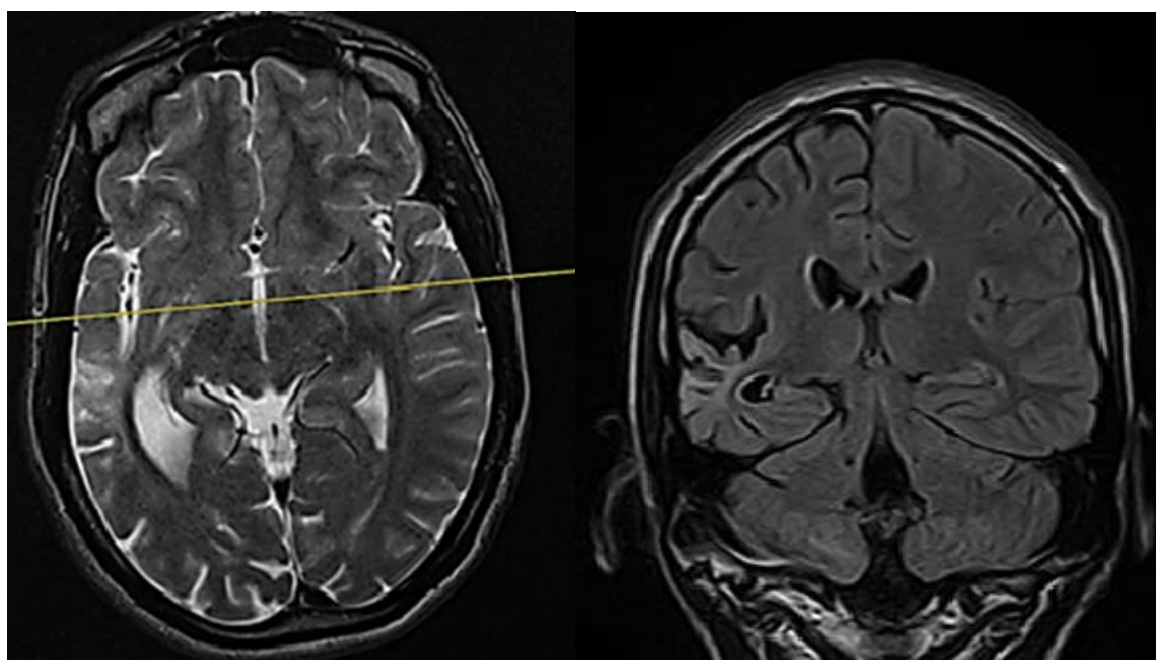


Рисунок 18 – Результаты МРТ головного мозга (1,5 Тесла)

ЭЭГ-мониторинг после депривации ночного сна, на фоне приостановки приёма противоэpileптических препаратов: устойчивые epileптиформные изменения биоэлектрической активности, локализованных в передне–лобном и височном отделах правого полушария с незначительным доминированием по индексу и амплитуде в лобном отделе и незначительной заинтересованностью в пароксизмальном процессе срединных структур головного мозга, без значимого снижения толерантности к функциональным нагрузкам.

На момент поступления верифицировано обсессивно–компульсивное расстройство, которое проявлялось в чрезмерной брезгливости, постоянным желанием мыть руки, страхе касаться других людей из–за возможности «заражения инфекционным заболеванием». При этом пациент не соблюдал личную гигиену. Не исключалась бредовая симптоматика. Также пациент впервые стал высказывать суицидальные намерения, которые, со слов, уже испытывает несколько лет, но мог контролировать. Возникновение данных идеаций связывает с тяжелой семейной обстановкой («если меня не будет, никто не расстроится; я не боюсь умереть, мама ведь плакать не будет»), отсутствием контроля над приступами и социальной дезадаптацией.

Ввиду тяжести состояния, декомпенсацией по психотическому расстройству; по рекомендации психиатра, из–за высокого риска совершения суицида, пациент соответствует критерию исключения и переведен в психиатрическое отделение закрытого типа.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее значимыми социально-средовыми факторами, способствующими формированию суицидального поведения у больных эпилепсией, являются низкий уровень образования, безработица, отсутствие семьи (либо неполная семья, дисгармоничные взаимоотношения в семье), неблагоприятные материально-бытовые условия и наличие психотравмирующих ситуаций в анамнезе, таких как психическое и физическое насилие;

2. Клинико–неврологическими факторами риска формирования суицидальных намерений являются высокая частота припадков, склонность их к серийному течению, фокальная форма эпилепсии. Установлено, что пациенты, страдающие эпилепсией, с актуальными суицидальными мыслями, характеризуются широким спектром психопатологических расстройств, таких как депрессивное и тревожное расстройство, изменение личности (по глищроидному и эксплозивному типу), эмоционально–лабильное расстройство;

3. Выявлено, что суицидальные намерения в большей степени характерны для пациентов с локализацией пароксизмальных изменений преимущественно в доминантном левом полушарии и органическими изменениями левого гиппокампа;

4. Установлено, что формированию суицидальных идеаций способствуют фармакорезистентность, полипрагмазия, нарушения комплаенса;

5. Показано, что снижение выраженности антисуицидальных мотивов способствует повышению риска формирования суицидального поведения у больных эпилепсией. Наиболее значимыми витальными факторами являются мотивы, связанные с семьей и уверенность, что пациент сможет справиться со сложной жизненной ситуацией. По мере увеличения длительности основного заболевания возрастает значимость антисуицидальных факторов. Наименее значимыми факторами являются страх социального неодобрения и морально–этические установки;

6. Было установлено, что такие клинические и психологические факторы, как наличие депрессивных переживаний, высокий уровень реактивной и личностной тревожности, аффективности, невротизации, психопатизации, снижение эмоциональной стабильности, ригидность эмоциональных реакций достоверно увеличивает склонность к антивиталям переживаниям, ввиду невозможности конструктивного планирования своего будущего, фиксации на неудачах во всех сферах жизнедеятельности. Формируется концепция отрицания окружающего мира и собственной личности. Больные с признаками суицидального поведения в структуре отношения к болезни достоверно обнаруживают дезадаптивные, неконструктивные типы отношения к болезни, которые, в частности, приводят к конфликтам с окружающими и социальному дистанцированию. В данном случае пациент попадает в состояния одиночества и безнадежности. В целом у обследованных больных отмечается низкий уровень качества жизни, в основном в связи с эмоциональным и когнитивным неблагополучием.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больные эпилепсией с суицидальными проявлениями должны курироваться многопрофильной бригадой, включающей в себя невролога, клинического психолога, психиатра и психотерапевта;
2. При верификации диагноза эпилепсия на амбулаторном этапе врачу–неврологу важно ознакомиться с социальным статусом пациента и сопутствующими заболеваниями. При неблагоприятном семейном и/или социальном анамнезе рекомендуется формировать группы риска по первичной профилактике формирования суицидального поведения;
3. На этапе восстановительного лечения необходимо целенаправленно выявлять имеющиеся у пациентов симптомы непсихотических психических расстройств с использованием специальных психометрических шкал, нейропсихологического тестирования. При верификации указанных расстройств, в частности депрессивного, следует проводить коррекцию антиэпилептической терапии. При достижении оптимальной концентрации препарата в плазме в терапевтических дозах, если сохраняется депрессивная симптоматика, необходимо дополнить терапию антидепрессантами. Показано применение у больных эпилепсией: агомелатин, тразодон, циталопрам, сертралин в терапевтических дозах курсом не менее 6 месяцев;
4. Целесообразно создание и проведение психообразовательных программ для больных эпилепсией, в которых будут освещены подробности их заболевания, включая возможные психиатрические осложнения;
5. При выявлении суицидальных намерений у пациента необходимо разработать план вторичной профилактики с целью помочь выхода из кризисного состояния и стабилизации его эмоционального статуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На современном этапе развития, как в отечественной, так и в зарубежной неврологии, психиатрии и психологии суицидальное поведение лиц, страдающих эпилепсией, является одной из важнейших и актуальнейших проблем.

Большое число современных исследований посвящено различным психологическим аспектам суицидального поведения у больных эпилепсией. Были исследованы различные социальные и психологические факторы, способствующие развитию депрессивных расстройств и суицидального поведения у больных эпилепсией. Изучались индивидуально-психологические характеристики больных эпилепсией с признаками суицидального поведения. Проводились многочисленные исследования взаимосвязи различных аспектов лекарственной терапии и течения заболевания с депрессивными расстройствами и риском суицидального поведения у больных эпилепсией.

Кроме того, важно проведение исследования факторов риска отдельно для суицидальных мыслей и суицидальных попыток. Последние, являясь продолжением суицидальной идеации, неизбежно разделяют с ней часть факторов.

То есть некоторые из переменных, связанных с риском появления суицидальных мыслей, являются необходимыми и для суицидального поведения, но не являются достаточными. Получение ответов на данные остающиеся нерешенными вопросы могло бы способствовать разработке эффективных программ социальной адаптации и дестигматизации, что в результате способствовало бы превенции самоубийств среди пациентов с эпилепсией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авакян, Г. Н. Классификация эпилепсии международной противозэпилептической лиги: пересмотр и обновление 2017 / Г. Н. Авакян, Д. В. Блинов, А. В. Лебедева и др. // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2017. – Т. 9, № 1. – С. 6–25.
2. Авакян, Г. Н. Проблемы эпилептологии. Ключевые приоритеты, задачи, вызовы и способы их решения / Г. Н. Авакян, Е. Д. Белоусова, С. Г. Бурд и др. // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2019. – Т. 11, № 4. – С. 395–406.
3. Амбрумова, А. Г. Роль личности в проблеме суицида / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии / под ред. А. Г. Амбрумовой [и др.]. – Москва, 1981. – Т. 92. – С. 35–49.
4. Амбрумова, А. Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / А. Г. Амбрумова // Комплексные исследования в суицидологии: сборник научных трудов / под ред. А. Г. Амбрумовой [и др.]. – Москва: Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. – С. 7–25.
5. Амбрумова, А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии / под ред. А. Г. Амбрумовой [и др.]. – Москва, 1978. – Т. 82. – С. 40–52.
6. Амбрумова, А. Г. Социальная дезадаптация и суицид / А. Г. Амбрумова // Сборник трудов НИИ психиатрии им. Асатиани: XIX–XX, посвящ. 70-летию А. Д. Зурабашвили. – Тбилиси, 1974. – С. 47–49.
7. Амбрумова, А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии / под ред. А. Г. Амбрумовой [и др.]. – Москва, 1978. – Т. 82. – С. 6–28.
8. Амбрумова, А. Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической превенции / А. Г. Амбрумова // Проблемы

профилактики и реабилитации в суицидологии: сборник научных трудов / под ред. А. Г. Амбрумовой [и др.]. – Москва: Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1984. – С. 8–26.

9. Асеев, В. К. Мотивация поведения и формирование личности / В. К. Асеев. – Москва: Мысль, 1976. – 158 с.

10. Балинский, И. М. Лекции по психиатрии / под ред. Н. И. Бондарева, Н. Н. Тимофеева. – Ленинград: Медгиз, 1958. – 216 с.

11. Банщиков, В. М. Общая психопатология: (Учеб. пособие для студентов мед. ин-тов) / В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, И. В. Давыдов. – Москва: [б. и.], 1971. – 176 с.

12. Болдырев, А. И. Эпилепсия у взрослых / А. И. Болдырев. – Москва: Медицина, 1971. – 367 с.

13. Вассерман, Л. И. Психологические механизмы адаптации к болезни и качество жизни больных эпилепсией / Л. И. Вассерман, В. А. Михайлов, Е. Е. Ромицына, И. Л. Флерова // Международная конференция «Качество жизни в психоневрологии», Санкт-Петербург, 4-6 декабря 2000 г.: тезисы докладов. – СПб.: СПб.НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2000. – С. 38–40.

14. Витер, В. И. Медико-правовые и исторические аспекты компетенции эксперта при определении суицида как рода смерти / В. И. Витер, В. Н. Коротун, В. И. Перминов // Проблемы экспертизы в медицине. – 2003. – Т. 3, № 4(12). – С. 5–8.

15. Войцех, В. Ф. Клиническая суицидология / В. Ф. Войцех. – Москва: Миклош, 2007. – 280 с.

16. Вольф, П. Эпилепсия в литературе / Питер Вольф // Эпилептология в медицине XXI века: сборник по материалам Конференции с международным участием, Москва-Казань, 6-10 апреля 2009 г. / под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт. – Москва: Светлица, 2009. – С. 9–14.

17. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатии. Их статика, динамика и систематика / П. Б. Ганнушкин. – Москва: Север, 1933. – 143 с.

18. Гехт, А. Б. Эпидемиология и течение эпилепсии / А. Б. Гехт // Эпилептология в медицине XXI века: сборник по материалам Конференции с международным участием, Москва-Казань, 6-10 апреля 2009 г. / под ред. Е. И. Гусева, А. Б. Гехт. – Москва: Светлица, 2009. – С. 45–50.
19. Громов, С. А. Контролируемая эпилепсия: этапы компенсации эпилепсии и вопросы выздоровления / С. А. Громов // Эпилептология в системе нейронаук: сборник материалов конференции, Санкт-Петербург, 17-18 декабря 2015 г. / под ред. Н. Г. Незнанова, В. А. Михайлова / [НИПНИ им. В.М. Бехтерева, РНХИ им. А.Л. Поленова, СЗГМУ, Ин-т мозга человека им. Н.П. Бехтеревой]. – СПб., 2015. – С. 5–9.
20. Громов, С. А. Лечение и реабилитация больных эпилепсией / С. А. Громов, В. С. Лобзин. – СПб.: Образование, 1993. – 236 с.
21. Громов, С. А. Непсихотические психические расстройства и изменения личности на начальных стадиях эпилепсии (клинико-психологическое исследование) / С. А. Громов, О. Н. Якунина // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2015. – Т. 7, № 2. – С. 18–24.
22. Громов, С. А. Эпидемиология эпилепсии и риск ухудшения качества жизни больных / С. А. Громов, Е. Бегги, В. А. Михайлов, Л. В. Липатова // Неврологический журнал. – 1997. – Т. 2, № 2. – С. 27–30.
23. Громов, С. А. Эпилепсия: Реабилитация больных, лечение / С. А. Громов, Л. В. Липатова, Н. Г. Незнанов. – СПб. : ИИЦ ВМА, 2008. – 392 с.
24. Гусев, Е. И. Эпидемиология эпилепсии / Е. И. Гусев, А. Б. Гехт, Л. Е. Мильчакова, Е. Ю. Чурилин // Эпилепсия: [коллективная монография] / под ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: НИПНИ им В. М. Бехтерева, 2010. – Гл. 2. – С. 51–63.
25. Диагностика личности / сост.: Т. Н. Разуваева. – Шадринск: Исеть, 1993. – 26 с.
26. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР, [Моск, НИИ психиатрии; сост. А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко]. – Москва: [б. и.], 1980. – 48 с.

27. Дмитриева, Н. В. Психологические особенности личности суицидальных подростков / Н. В. Дмитриева, Ц. П. Короленко, Л. В. Левина // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2015. – Т. 1, № 1(61). – С. 127–134.
28. Зотов, М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М. В. Зотов. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.
29. Казаковцев, Б. А. Психические расстройства при эпилепсии / Б. А. Казаковцев. – Москва: Амипресс, 1999. – 415 с.
30. Калинин, В. В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у больных эпилепсией / В. В. Калинин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2004. – Т. 104, № 2. – С. 64–73.
31. Калинин, В. В. Когнитивные нарушения при эпилепсии / В. В. Калинин, Е. В. Железнова, А. А. Земляная // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т. 106, № 6, приложение 1: Эпилепсия. – С. 64–70.
32. Калинин, В. В. Противосудорожные и психотропные свойства антиэпилептических препаратов при лечении больных эпилепсией: пособие для врачей / В. В. Калинин, Е. В. Железнова. – Москва: ООО АМА-ПРЕСС, 2009. – 38 с.
33. Калинин, В. В. Факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией / В. В. Калинин, Д. А. Полянский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Том 103, № 3. – С. 18–21.
34. Карлов, В. А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин. Руководство для врачей. – 2-е изд. / В.А. Карлов. – Москва: БИНОМ, 2019. – 896 с.
35. Киссин, М. Я. Клиническая эпилептология / М. Я. Киссин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 256 с.
36. Киссин, М. Я. Структура и динамика непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией Санкт-Петербурга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Киссин Михаил Яковлевич; СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2007. – 42 с.

37. Ковалёв, А. Г. Психические особенности человека / А. Г. Ковалёв, В. Н. Мясищев. – Ленинград: Изд. Ленинградского Университета, 1957. – Т.1 «Характер». – 264 с.
38. Коцюбинский, А. П. Непсихотические расстройства в контексте биопсихосоциальной концепции психических заболеваний / А. П. Коцюбинский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 3–7.
39. Коцюбинский, А. П. Предвестники психического заболевания. Сообщение 1. Психопатологический диатез / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 2. – С. 3–10.
40. Красненкова, И. П. Социально-философские и политико-правовые феномены суицида / И. П. Красненкова // Вестник МГУ. Сер.12. Полит. науки. – 1998. – № 6. – С. 18–33.
41. Кронфельд, А. С. Деменция при эпилепсии / А. С. Кронфельд // Проблемы теоретической и практической медицины: Лекции по усовершенствованию врачей: Сборник / под ред. проф. В. А. Барыкина [и др.]; Гос. центр. ин-т усовершенствования врачей. – Москва; Ленинград: Биомедгиз, 1938. – Т. 8: Эпилепсия. – С. 138–147.
42. Кухтевич, И. И. К вопросу о значении психогенного фактора в генезе эпилепсии / И. И. Кухтевич // Сб. научных трудов Днепропетровского мед. института. – Днепропетровск: 1958. – Т. 8. – С. 79–86.
43. Левин, О. С. Ранняя диагностика деменции / О. С. Левин // Пожилой пациент. – 2009. – № 1. – С. 20–30.
44. Любов, Е. Б. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии / Е. Б. Любов, В. Е. Цупрун // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 16.04.2019).

45. Мазо, Г. Э. Влияние депрессии при шизофрении на уровень BDNF / Г. Э. Мазо, Ю. С. Никифорова, Л. В. Щедрина // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. – 2015. – № 1 – С. 12–16.
46. МаксUTOва, А. Психофармакотерапия эпилепсии / А. МаксUTOва, В. Фрешер. – Берлин; Вена: Blackwell, 1998. – 180 с.
47. Малкина-Пых, И. Г. Семейная терапия: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2008. – 990 с.
48. Мангуби, В. А. Суицидальное поведение: суицидальный риск и самосознание смерти / В. А. Мангуби // Материалы VII Междисциплинарной конференции по биологической психиатрии «Стресс и поведение», Москва, 26-28 февраля 2003 г. – URL: http://www.mosmedclinic.rU/conf_library/2003/4. (дата обращения: 3.02.2019).
49. Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения / составители: Т. Н. Гуренкова, О. Ю. Голубева, А. А. Тарасова. – Москва: ЦЭПП МЧС РФ, 2009. – 108 с.
50. Мосолов, С. Н. Новые достижения в терапии психических заболеваний / С. Н. Мосолов. – М.: БИНОМ, 2002. – 622 с.
51. Нечипоренко, В. В. Суицидология (вопросы клиники, диагностики и профилактики) / В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей. – СПб.: Изд. Воен.-мед. акад. им. С. М. Кирова, 2007. – 528 с.
52. Олина, М. В. Клинико-психологические факторы риска суицидального поведения при эпилепсии / М. В. Олина // Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология, социология, педагогика. – 2010. – № 3. – С. 251–257.
53. Положий, Б. С. Интегративная модель суицидального поведения / Б. С. Положий // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 55–62.
54. Положий, Б. С. Концептуальная модель суицидального поведения / Б. С. Положий // Суицидология. – 2015. – Т. 6, № 1 (18). – С. 3–7.
55. Положий, Б. С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) / Б. С. Положий. – Москва: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 232 с.

56. Полянский, Д. А. Клинико-терапевтические факторы риска суицидального поведения у больных эпилепсией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Полянский Дмитрий Алексеевич; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2003. – 25 с.
57. Помников, В. Г. Медико-социальная экспертиза при эпилепсии / В. Г. Помников, Н. Г. Крицкая, Н. Г. Магомедова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 9. – С. 95–99.
58. Попов Ю. В. Суицидальное поведение у подростков / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 366 с.
59. Попов, Е. А. Психические изменения при эпилепсии / Е. А. Попов // Многотомное руководство по неврологии / под ред. С. Н. Давиденкова. – Ленинград: Медгиз, 1960. – Т. 6. – С. 411–424.
60. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей и медицинских психологов / НИПНИ им. В.М. Бехтерева; авторы-составители: Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб., 2005. – 31с.
61. Пылаева, О. А. Эпилепсия и риск суицида (обзор литературы) / О. А. Пылаева, К. Ю. Мухин, А. А. Шатенштейн // Русский журнал детской неврологии. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 23–40.
62. Пылаева, О. А. Риск суицидального поведения при эпилепсии. Роль антиэпилептической терапии (обзор литературы) / О. А. Пылаева, К. В. Воронкова, А. А. Холин // Вестник эпилептологии. – 2008. – № 1. – С. 18–27.
63. Розанов, В. А. Гены и суицидальное поведение / В.А. Розанов // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 1. – С. 3–14.
64. Русалова, М. Н. Экспериментальное исследование эмоциональных реакций человека / М. Н. Русалова. – М.: Наука, 1979. – 168 с.
65. Серейский, М. Я. Клинико-экспериментальные данные по лечению эпилепсии лекарственной смесью / М. Я. Серейский // Вопросы клинической и организационной психиатрии: Тезисы докладов / М-во здравоохранения РСФСР. Гос. науч.-исслед. ин-т психиатрии. Отчетная сессия Гос. науч.-исслед.

ин-та психиатрии МЗ РСФСР в г. Москве 20-23 июня 1956 г. – Москва: [б. и.], 1956. – С. 83.

66. Серейский, М. Я. Проблема «функционального» в эпилепсии / М. Я. Серейский // Проблемы теоретической и практической медицины: Лекции по усовершенствованию врачей: Сборник / под ред. проф. В. А. Барыкина [и др.]; Гос. центр. ин-т усовершенствования врачей. – Москва; Ленинград: Биомедгиз, 1938. – Т. 8: Эпилепсия. – С. 39–51.

67. Сивакова, Н. А. Роль воспаления в патогенезе эпилепсии / Н. А. Сивакова // Цитокины и воспаление. – 2013. – № 3. – С. 61–64.

68. Сивакова, Н. А. Структура непсихотических психических расстройств у больных эпилепсией с различными вариантами течения заболевания // Н.А. Сивакова, А. П. Коцюбинский, Л.В. Липатова // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2016. – Т.8, № 4. – С. 13–22.

69. Спасова, А. П. Полиморфизм гена катехол-о-метилтрансферазы и боль / А. П. Спасова, О. Ю. Барышева, Г. П. Тихова // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2017. – Т. 11, № 1. – С. 6–12.

70. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция: методические рекомендации / автор-составитель: М. А. Алимova. – Барнаул, 2014. – 100 с.

71. Сухарева, Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы) / Г. Е. Сухарева. – М.: Медицина, 1974. – 320 с.

72. Тиходеев, О. Н. Генетический контроль предрасположенности к самоубийству / О. Н. Тиходеев // Экологическая генетика. – 2007. – Т. 5, № 4. – С. 22–43.

73. Тихоненко, В. А. Классификация суицидальных проявлений / В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии: Труды Московского НИИ психиатрии / под ред. А. Г. Амбрумовой [и др.]. – Москва, 1978. – Т. 82. – С. 59–72.

74. Тукаев, Р. Д. Триггерные механизмы биологического и психического стресса в соотнесении с диатез-стрессовыми моделями

психиатрии / Р. Д. Тукаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 2. – С. 69–77.

75. Фрумкин, Я. П. Классификация эпилепсий / Я. П. Фрумкин // Проблемы теоретической и практической медицины: Лекции по усовершенствованию врачей: Сборник / под ред. проф. В. А. Барыкина [и др.]; Гос. центр. ин-т усовершенствования врачей. – Москва; Ленинград: Биомедгиз, 1938. – Т. 8: Эпилепсия. – С. 90–113.

76. Шмелев, А. Г. Опросник суицидального риска / А. Г. Шмелев, И. Ю. Белякова // Практикум по психодиагностике. Прикладная психодиагностика / МГУ им. М. В. Ломоносова, Ф-т психологии; [Белякова И. Ю. и др.]. – Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1992. – С. 3–8.

77. Abraham, N. Meta-analysis of the rates of suicide ideation, attempts and deaths in people with epilepsy / N. Abraham, P. Buvanawari, R. Rathakrishnan [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2019. – Vol. 16(8) [Special Issue: Adult Psychiatry]. – Article number: 1451. doi: 10.3390/ijerph16081451.

78. Almeida, D. A slice of the suicidal brain: what have postmortem molecular studies taught us? / D. Almeida, G. Turecki // Current Psychiatry Reports. – 2016. – Vol. 18(11). – Article number: 98. doi: 10.1007/s11920-016-0736-8

79. Alvarez, V. Second-line status epilepticus treatment: comparison of phenytoin, valproate, and levetiracetam / V. Alvarez, J. Januel, B. Burnard, A.O. Rosseti // Epilepsia. – 2011. – Vol. 52(7). – P.1292–1296. doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03056.x.

80. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. – New York: APA Press, 2010. – 184 p.

81. Andersohn, F. Use of antiepileptic drugs in epilepsy and the risk of self-harm of suicidal behavior / F. Andersohn, R. Schade, S. N. Willich, E. Gabre // Neurology. – 2010. – Vol. 75(4). – P. 335–340. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181ea157e.

82. Arana, A. Suicidal-related events in patients treated with antiepileptic drugs / A. Arana, C. E. Wentworth, J. I. Ayuso-Mateos, F. M. Arellano // *New England Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 363(6). – P. 542–551. doi: 10.1056/NEJMoa0909801.
83. Arborelius, L. The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders / L. Arborelius, M. J. Owens, P. M. Plotsky, C. B. Nemeroff // *Journal Endocrinology*. – 1999. – Vol. 160(1). – P. 1–12. doi: 10.1677/joe.0.1600001.
84. Bachmann, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective / S. Bachmann // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2018. – Vol. 15(7). – Article number: 1425. doi: 10.3390/ijerph15071425
85. Barkovich, A. J. A developmental and genetic classification for malformations of cortical development: update 2012 / A. J. Barkovich, R. Guerrini, R. I. Kuzniecky [et al.] // *Brain*. – 2012. – Vol. 135(Pt. 5). – P. 1348–1369. doi: 10.1093/brain/aws019.
86. Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis / B. Barraclough, E. C. Harris // *British Journal of Psychiatry*. – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228. doi: 10.1192/bjp.170.3.205
87. Beck, A. T. The measurement of pessimism: the hopelessness scale / A.T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1974. – Vol. 42(6). – P. 861–865. doi: 10.1037/h0037562.
88. Bell, G. S. Suicide and epilepsy / G. S. Bell, J. W. Sander // *Journal Current Opinion in Neurology*. – 2009. – Vol. 22(2). – P. 174–178. doi: 10.1097/WCO.0b013e328328f8c3
89. Bell, G. S. The epidemiology of epilepsy: the size of the problem / G. S. Bell, J. W. Sander // *Seizure*. – 2001. – Vol. 10(4). – P. 306–314. [quiz 315–316]. doi: 10.1053/seiz.2001.0584.
90. Beyenburg, S. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management / S. Beyenburg, A. J. Mitchell, D. Schmidt [et al.] // *Epilepsy & Behavior*. – 2005. – Vol. 7(2). – P. 161–171. doi: 10.1016/j.yebeh.2005.05.014.

91. Blumer, D. Major psychiatric disorders subsequent to treating epilepsy by vagus nerve stimulation / D. Blumer, K. Davies, A. Alexander, S. Morgan // *Epilepsy & Behavior*. – 2001. – Vol. 2(5). – P. 466–472. doi: 10.1006/ebeh.2001.0249.
92. Bolton, J. M. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness / J. M. Bolton, D. Gunnell, G. Turecki // *BMJ [British Medical Journal]*. – 2015. – Vol. 351. – Article number: h4978. doi: 10.1136/bmj.h4978.
93. Borgmann, M. [Depression and epilepsy: Two clinical pictures with common causes?] / M. Borgmann, M. Holtkamp, M. Adli, J. Behr // *Nervenarzt*. – 2016. – Vol. 87(7). – P. 724–730. doi: 10.1007/s00115-015-0026-4.
94. Born, C. Newer prophylactic agents for bipolar disorder and their influence on suicidality / C. Born, S. Dittmann, R. M. Post, H. Grunze // *Archives of Suicide Research*. – 2005. – Vol. 9(3). – P. 301–306. doi: 10.1080/13811110590929541.
95. Boylan, L. S. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy / L. S. Boylan, D. Labovitz // *Neurology*. – 2004. – Vol. 62(2). – P. 258–261. doi: 10.1212/01.wnl.0000103282.62353.85.
96. Brent, D. A. Phenobarbital treatment and major depressive disorder in children with epilepsy / D. A. Brent, P. K. Crumrine, R. R. Varma // *Pediatrics*. – 1987. – Vol. 80(6). – P. 909–917. PMID: 3684404
97. Buljan, R. Suicide attempts in hospital-treated epilepsy patients / R. Buljan, A. M. Santic // *Acta Clinica Croatica*. – 2011. – Vol. 50(4). – P. 485–490. PMID: 22649877
98. Caplan, G. Support systems and community health: Lectures on concept development / G. Caplan. – New York: Behavioral Publications, 1974. – 267 p.
99. Catena-Dell'Oso, M. The relationship between epilepsy and depression: an update / M. Catena-Dell'Oso, A. Caserta, S. Baroni [et al.] // *Current Medicinal Chemistry*. – 2013. – Vol. 20(23). – P. 2861–2867. doi: 10.2174/0929867311320230002.

100. Chen, B. Psychiatric and behavioral side effects of antiepileptic drugs in adults with epilepsy / B. Chen, H. Choi, L. J. Hirsch [et al.] // *Epilepsy & Behavior*. – 2017. – Vol. 76. – P. 24–31. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.08.039
101. Christensen, J. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study / J. Christensen, M. Vestergaard, P. B. Mortensen [et al.] // *Lancet Neurology*. – 2007. – Vol. 6(8). – P. 693–698. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70175-8.
102. Clayton, P. J. Back to "Normal Bereavement" / P. J. Clayton // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2011. – Vo. 72(2). – P.260–261.
103. Cramer, J. A. A systematic review of behavioral effects of levetiracetam in adults with epilepsy, cognitive disorders, or an anxiety disorder during clinical trials / J. A. Cramer, K. De Rue, O. Devinsky // *Epilepsy & Behavior*. – 2003. – Vol. 4(2). – P. 124–132. doi: 10.1016/s1525-5050(03)00005-2.
104. Cramer, J. A. Development and cross-cultural translation of a 31-item quality of life in epilepsy inventory / J. A. Cramer, K. Perrine, O. Devinsky [et al.] // *Epilepsia*. – 1998. – Vol. 39(1). – P. 81–88. doi: 10.1111/j.1528-1157.1998.tb01278.x.
105. Cugley, A. L. Gabapentine-associated mood changes / A. L. Cugley, B. E. Awartz // *Epilepsia*. – 1995. – Vol. 36 (Suppl. 4). – P. 53–61.
106. Delasiauve, L. J. F. *Traité de l'épilepsie: histoire: traitement: medecine légale* / Louis Jean François Delasiauve. – Paris: Masson, 1854. – 569 p. – URL: <http://books.google.com/books?id=5rchWkE2NpUC&oe=UTF-8>
107. Derogatis, L. R. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimensions / L. R. Derogatis, R. S. Lipman, K. Rickels [et al.] // *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. – 1974. – Vol, 7. – P. 79–110. doi: 10.1159/000395070.
108. Deshaies G. *Psychologie du Suicide* / Gabriel Deshaies. – Paris: Presses Universitaires de France, 1947. – 375 p.
109. Dwivedi, Y. MicroRNAs in depression and suicide: Recent insights and future perspectives / Y. Dwivedi // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 240. – P. 146–154. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.075.

110. Elger, C. E. Diagnosing and Treating Depression in Epilepsy / C. A. Elger, S. A. Johnston, C. Hoppe // *Seizure*. – 2017. – Vol. 44. – P. 184–193. doi: 10.1016/j.seizure.2016.10.018.
111. *Epilepsy: A Global Approach* / ed. by E. S. Krishnamoorthy, S. C. Schachter, S. D. Shorvon. – Cambridg: Cambridge University Press, 2017. – 232 p.
112. Ettinger, A. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma / A. Ettinger, M. Reed, J. Cramer // *Neurology*. – 2004. – Vol. 63(6). – P. 1008–1014. doi: 10.1212/01.wnl.0000138430.11829.61.
113. Fahrenberg, J. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar: FPI; revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1. (4., revidierte Auflage) / J. Fahrenberg, R. Hampel, H. Selg. – Göttingen: Hogrefe, 1984.
114. Fanelli, G. The influence of the serotonin transporter gene 5-HTTLPR polymorphism on suicidal behaviors: a meta-analysis / G. Fanelli, A. Serretti // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. – 2019. – Vol. 88. – P. 375–387. doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.08.007.
115. Féré, Ch. Les Épilepsies et les Épileptiques / Charles Féré. – Paris : Félix Alcan, 1890. – 636 p.
116. Fernandes, P. T. Kids' perception about epilepsy / P. T. Fernandes, P. Cabral, U. Araujo [et al.] // *Epilepsy & Behavior*. – 2005. – Vol. 6(4). – P. 601–603. doi:10.1016/j.yebeh.2005.02.011.
117. Folstein, M. F. "Mini-mental status". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician" / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh. // *Journal of Psychiatric Research*. –1975. – Vol. 12 (3). – P. 189–198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
118. Forsgen, L. An incident case-referent study of epileptic seizures in adults / L. Forsgen, L. Nystrom // *Epilepsy Research*. – 1990. – Vol. 6(1). – P. 66–81. doi: 10.1016/0920-1211(90)90010-s.
119. Fountoulakis, K. N. Antiepileptic drugs and suicidality / K. N. Fountoulakis, X. Gonda, M. Samara [et al.] // *Journal of Psychopharmacology*. – 2012. – Vol. 26(11). – P. 1401–1407. doi: 10.1177/0269881112440514.

120. Friedlander, A. H. Temporal lobe epilepsy: its association with psychiatric impairment and appropriate dental management / A. H. Friedlander, L. Cummings // *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. – 1989. – Vol. 68(3). – P. 288–292. doi: 10.1016/0030-4220(89)90213-2.
121. Gandy, M. Cognitive behavior therapy for depression in people with epilepsy: A systematic review / M. Gandy, L. Sharpe, K. N. Perry // *Epilepsia*. – 2013. – Vol. 54(10). – P. 1725–1734. doi: 10.1111/epi.12345.
122. González-Castro, T. B. The role of COMT gene Val108/158Met polymorphism in suicidal behavior: systematic review and updated meta-analysis / T. B. González-Castro, Y. Hernández-Díaz, I. E. Juárez-Rojop [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2018. – Vol. 14. – P. 2485–2496. doi: 10.2147/NDT.S172243
123. Gowers, W. R. *Epilepsy and Other Chronic Convulsive Diseases their Causes, Symptoms and Treatment* / W. R. Gowers. – London: J. & A. Churchill, 1881. – 354 p.
124. Grimmond, J. A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide / J. Grimmond, R. Kornhaber, D. Visentin, M. Cleary // *PLoS One*. – 2019. – Vol. 14(6): e021 7568. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217568> (дата обращения 10.11.2020).
125. Hamilton, K. T. Utilization of care among drug resistant epilepsy patients with symptoms of anxiety and depression / K. T. Hamilton, C. T. Anderson, N. Dahodwala [et al.] // *Seizure*. – 2014. – Vol. 23(3). – P. 196–200. doi: 10.1016/j.seizure.2013.11.012.
126. Harden, C. L. Mood disorders in patients with epilepsy: epidemiology and management / C. L. Harden, M. A. Goldstein // *CNS Drugs*. – 2002. – Vol. 16(5). – P. 291–302. doi: 10.2165/00023210-200216050-00002.
127. Heeringen, K. The neurobiology of suicide / K. Heeringen, J. J. Mann // *Lancet Psychiatry*. – 2014. – Vol. 1(1). – P. 63–72. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70220-2.

128. Herbert, J. Cortisol and depression: three questions for psychiatry / J. Herbert // *Journal Psychological Medicine*. – 2013. – Vol. 43(3). – P. 449–469. doi: 10.1017/S0033291712000955.

129. Hesdorffer, D. C. An update on antiepileptic drugs and suicide: are there definitive answers yet? / D.C. Hesdorffer, A.T. Berg, A.M. Kanner // *Journal Epilepsy Currents*. – 2010. – Vol. 10(6). – P. 137–145. doi: 10.1111/j.1535-7511.2010.01382.x.

130. Hesdorffer, D. C. Comorbidity between neurological illness and psychiatric disorders / D. C. Hesdorffer // *CNS Spectrums*. – 2016. – Vol. 21(3). – P. 230–238. doi: 10.1017/S1092852915000929

131. Hesdorffer, D. C. Major depression is a risk factor for seizures in older adults / D. C. Hesdorffer, W. A. Hauser, J. F. Annegers, G. Cascino // *Annals of Neurology*. – 2000. – Vol. 47(2). – P. 246–249.

132. Hesdorffer, D. C. The FDA alert on suicidality and antiepileptic drugs: fire and false alarm / D. C. Hesdorffer, A. M. Kanner // *Epilepsia*. – 2009. – Vol. 50(5). – P. 978–986. doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02012.x.

133. Hielscher, E. Why are psychotic experiences associated with self-injurious thoughts and behaviours? A systematic review and critical appraisal of potential confounding and mediating factors / E. Hielscher, J. E. DeVylder, S. Saha [et al.] // *Psychology Medicine*. – 2018. – Vol. 48(9). – P. 1410–1426. doi: 10.1017/S0033291717002677.

134. Hill, D. Psychiatric disorders of epilepsy / D. Hill // *Medical Press*. – 1953. – Vol. 229. – P. 473–475.

135. Hoyer, E. H. Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993 / E. H. Hoyer, P. B. Mortensen, A.V. Olesen // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 176(1). – P. 76–82. doi: 10.1192/bjp.176.1.76.

136. Hoyer, E. H. Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: A follow-up study, 1973-1993 / E. H. Hoyer, A. V. Olesen, P. B. Mortensen

// Journal of Affective Disorders. – 2004. – Vol. 78(3). – P. 209–217. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00311-7.

137. Jacoby, A. Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder / A. Jacoby, D. Snape, G. A. Baker // *Lancet Neurology*. – 2005. – Vol. 4(3). – P. 171–178. doi: 10.1016/S1474-4422(05)01014-8.

138. Jansen, J. F. A. Functional MRI reveals declined prefrontal cortex activation in patients with epilepsy on topiramate therapy / J. F. A. Jansen, A. P. Aldenkamp, M. H. J. Majoie // *Epilepsy & Behavior*. – 2006. – Vol. 9(1). – P. 181–185. doi: 10.1016/j.yebeh.2006.05.004

139. Jobe, P. C. A noradrenergic and serotonergic hypothesis of the linkage between epilepsy and affective disorders / P. C. Jobe, J. W. Dailey, J. F. Wernicke // *Journal Critical Reviews in Neurobiology*. – 1999. – Vol. 13(4). – P. 317–356. doi: 10.1615/critrevneurobiol.v13.i4.10.

140. Jobe, P. C. Shared mechanism of antidepressant and antiepileptic treatments: drugs and devices / P. C. Jobe // *Journal Clinical EEG and Neuroscience*. – 2004. – Vol. 35(1). – P. 25–37. doi: 10.1177/155005940403500109.

141. Joiner, T. E., Jr. Do Undiagnosed Suicide Decedents Have Symptoms of a Mental Disorder? / T. E., Jr. Joiner, J. M. Buchman-Schmitt, C. Chu // *Journal of Clinical Psychology*. – 2017. – Vol. 73(12). – P. 1744–1752. doi: 10.1002/jclp.22498.

142. Jones, J. E. Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy / J. E. Jones, R. Watson, R. Sheth [et al.] // *Developmental Medicine & Child Neurology*. – 2007. – Vol. 49(7). – P. 493–497. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00493.x.

143. Josephson, C. B. Psychiatric comorbidities in epilepsy / C. B. Josephson, N. Jetté // *International Review of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 29(5). – P. 409–424. doi: 10.1080/09540261.2017.1302412.

144. Juruena, M. F. Atypical depression and non-atypical depression: Is HPA axis function a biomarker? A systematic review / M. F. Juruena, M. Bocharova, B. Agustini, A. H. Young // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 233. – P. 45–67. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.052.

145. Kalinin, V. V. Suicidality and antiepileptic drugs: is there a link? [Суицидальность и противоэpileптические препараты: есть ли связь?] / V. V. Kalinin // *Drug Safety*. – 2007. – Vol. 30 (2). – P. 123-42. doi: 10.2165/00002018-200730020-00003.
146. Kanner, A. M. Depression and epilepsy: how closely related are they / A. M. Kanner, A. Balabanov // *Neurology*. – 2002. – Vol. 58(8, Suppl. 5). – P. S27–S39. doi: 10.1212/wnl.58.8_suppl_5.s27.
147. Kanner, A. M. Depressive and anxiety disorders in epilepsy: do they differ in their potential to worsen common antiepileptic drug-related adverse events? / A. M. Kanner, J. J. Barry, F. Gilliam [et al.] // *Epilepsia*. – 2012. – Vol. 53(6). – P.1104–1108. doi: 10.1111/j.1528-1167.2012.03488.x.
148. Kanner, A. M. Psychiatric comorbidities and epilepsy: is it the old story of the chicken and the egg? / A. M. Kanner // *Annals of Neurology*. – 2012. – Vol. 72(2). – P. 153–155. doi: 10.1002/ana.23679.
149. Kwon, O. Y. Frequency of affective symptoms and their psychosocial impact in Korean people with epilepsy: a survey at two tertiary care hospitals / O. Y. Kwon, S. P. Park // *Epilepsy & Behavior*. – 2013. – Vol. 26(1). – P. 51–56. doi: 10.1016/j.yebeh.2012.10.020.
150. Lambert, M. V. Depression in Epilepsy: Etiology, Phenomenology and Treatment / M. V. Lambert, M. M. Robertson // *Epilepsia*. – 1999. – Vol. 40, Suppl. 10. – P. S21–S47. doi: 10.1111/j.1528-1157.1999.tb00884.x.
151. Lee, J. J. Psychiatric symptoms and quality of life in patients with drug-refractory epilepsy receiving adjunctive levetiracetam therapy / J. J. Lee, H. S. Song, Y. H. Hwang [et al.] // *Journal of Clinical Neurology*. – 2011. – Vol. 7(3). – P. 128–136. doi: 10.3988/jcn.2011.7.3.128.
152. Levinson, D. F. Psychiatric adverse events during vigabatrin therapy / D. F. Levinson, O. Devinsky // *Neurology*. – 1999. – Vol. 53(7). – P. 1503–1511. doi: 10.1212/wnl.53.7.1503.
153. Linehan, M. M. Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability / M. M. Linehan, S. L. Nielsen // *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology. – 1981. – Vol. 49(5). – P. 773–775. doi: 10.1037//0022-006x.49.5.773.

154. Linehan, M. M. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory / M. M. Linehan, J. L. Goodstein, S. L. Nielsen, J. A. Chiles // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1983. – Vol. 51(2). – P. 276–286. doi: 10.1037//0022-006x.51.2.276.

155. Liu, B. P. Mental disorders and suicide attempt in rural China / B. P. Liu, P. Qin, Y. Y. Liu [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2018. – Vol. 261. – P. 190–196. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.087.

156. Mann, J. J. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed in-patients / J. J. Mann, K. M. Malone // *Biological Psychiatry*. – 1997. – Vol. 41(2). – P. 162–171. doi: 10.1016/s0006-3223(96)00217-x.

157. Mann, J. J. Neurobiology of suicidal behaviour / J. J. Mann // *Nature Reviews Neuroscience*. – 2003. – Vol. 4(10). – P. 819–828. doi: 10.1038/nrn1220.

158. Mann, J. J. The neurobiology of suicide / J. J. Mann // *Nature Medicine*. – 1998. – Vol. 4(1). – P. 25–30. doi: 10.1038/nm0198-025.

159. Mann, J. J. The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour / J. J. Mann // *Philosophical Transactions of The Royal Society B Biological Sciences*. – 2013. – Vol. 368(1615). – Article number: 20120537. doi: 10.1098/rstb.2012.0537.

160. Mann, J. J. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients / J. J. Mann, C. Waternaux, G. L. Haas // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – Vol. 156(2). – P. 181–189. doi: 10.1176/ajp.156.2.181.

161. Mannisto, P. T. Catechol-O-methyltransferase (COMT): biochemistry, molecular biology, pharmacology, and clinical efficacy of the new selective COMT inhibitors / P. T. Mannisto, S. Kaakkola // *Pharmacological Reviews*. – 1999. – Vol. P. 51(4). – P. 593–628. PMID: 10581325

162. Marušić, A. 11th ESSSB going beyond the bio-psycho-social boundaries in suicidology / A. Marušić, S. Roscar, M. Zorko, J. Sveticic // *Psychiatria Danubina*. – 2006. – Vol. 18(1). – P. 7–8.

163. Mbizvo, G. K. Epilepsy-related and other causes of mortality in people with epilepsy: A systematic review of systematic reviews / G. K. Mbizvo, K. Bennett, C. R. Simpson [et al.] // *Epilepsy Research*. – 2019. – Vol. 157. – Article number: 106192. doi: 10.1016/j.eplepsyres.2019.106192.
164. McAuley, M. T. A mathematical model of aging-related and cortisol induced hippocampal dysfunction / M. T. McAuley, R. A. Kenny, T. B. Kirkwood [et al.] // *BMC Neuroscience*. – 2009. – Vol. 10(1). – Article number: 26. doi: 10.1186/1471-2202-10-26.
165. Mendez, M. F. Depression in epilepsy: relationship to seizures and anticonvulsant therapy / M. F. Mendez, R. C. Doss, J. L. Taylor, P. Salguero // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1993. – Vol. 181(7). – P. 444–447.
166. Mendez, M. F. Depression in secondary epilepsy: relation to lesion laterality / M. F. Mendez, J. L. Taylor, R. C. Doss, P. Salguero // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 1994. – Vol. 57(2). – P. 232–233.
167. Menke, A. Is the HPA axis as target for depression outdated, or is there a new hope? / A. Menke // *Frontiers Psychiatry*. – 2019. – Vol. 10. – Article number: 101. doi: 10.3389/fpsy.2019.00101.
168. Mirkovic, B. Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10-Years, Progress, Limitations, and Future Directions / B. Mirkovic, C. Laurent, M. A. Podlipski [et al.] // *Frontiers Psychiatry*. – 2016. – Vol. 7(6). – Article number: 158. doi: 10.3389/fpsy.2016.00158.
169. Montgomery, S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // *British Journal of Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134(4). – P. 382–389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382.
170. Moore, P. M. The neuropsychological and emotional consequences of living with intractable temporal lobe epilepsy: implications for clinical management / P. M. Moore // *Seizure*. – 2002. – Vol. 11(4). – P. 224–230. doi: 10.1053/seiz.2001.0668.

171. Moos, R. H. Psychological environments: Expanding the scope of human ecology / R. H. Moos, P. M. Insel // *American Psychologist*. – 1974. – Vol. 29(3). – P. 179–188.
172. Mula, M. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy / M. Mula, J. W. Sander // *Drug Safety*. – 2007. – Vol. 30(7). – P. 555–567. doi: 10.2165/00002018-200730070-00001.
173. Mula, M. Psychiatric adverse events during levetiracetam therapy / M. Mula, M. R. Trimble, A. Yuen // *Neurology*. – 2003. – Vol. 61(5). – P. 704–706. doi: 10.1212/01.wnl.0000078031.32904.0d.
174. Mula, M. Psychiatric adverse events in patients with epilepsy and learning disabilities taking levetiracetam / M. Mula, M. R. Trimble, J. W. Sander // *Seizure*. – 2004. – Vol. 13(1). – P. 55–57. doi: 10.1016/s1059-1311(03)00111-0.
175. Mula, M. Suicide and epilepsy: do antiepileptic drugs increase the risk? / M. Mula, J. W. Sander // *Expert Opinion on Drug Safety*. – 2015. – Vol. 14(4). – P. 553–558. doi: 10.1517/14740338.2015.1010506.
176. Mula, M. Suicide risk in people with epilepsy taking antiepileptic drugs / M. Mula, J. W. Sander // *Bipolar Disorders*. – 2013. – Vol. 15(5). – P. 622–627. doi: 10.1111/bdi.12091.
177. Mula, M. Topiramate and psychiatric adverse events in patients with epilepsy / M. Mula, M. R. Trimble, S. D. Lhatoo, J. W. Sander // *Epilepsia*. – 2003. – Vol. 44(5). – P. 659–663. doi: 10.1046/j.1528-1157.2003.05402.x.
178. Murphy, G. E. Family history of suicidal behavior among suicide attempters / G. E. Murphy, R. D. Wetzel // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1982. – Vol. 170(2). – P. 86–90. doi: 10.1097/00005053-198202000-00004.
179. Murphy, J. M. Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study / J. M. Murphy, D. C. Olivier, R. R. Monson [et al.] // *Journal Archives of General Psychiatry*. – 1991. – Vol. 48(3). – P. 223–229. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810270035004.

180. Nemeroff, C. D. The corticotropin-releasing factor hypothesis of depression: new finding and direction / C. D. Nemeroff // *Journal Molecular Psychiatry*. – 1996. – Vol. 1(4). – P. 336–342. PMID: 9118360
181. O'Connor, D. B. Cortisol levels and suicidal behavior: A meta-analysis / D. B. O'Connor, E. Ferguson, J. A. Green [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. – 2016. – Vol. 63. – P. 370–379. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.10.011.
182. Olesen, J. D. Antiepileptic drugs and risk of suicide: a nationwide study / J. D. Olesen, P. R. Hansen, J. Erdal // *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. – 2010. – Vol. 19(5). – P. 518–524. doi: 10.1002/pds.1932.
183. Orakwue, A. Levetiracetam-induced rage and suicidality: Two case reports and review of literature / A. Orakwue, A. Molokwu, A. Birinus [et al.] // *Epilepsy & Behavior Case Reports*. – 2015. – Vol. 4(C). – P. 79–81. doi: 10.1016/j.ebcr.2015.07.004.
184. Ostendorf, A. P. Effect of epilepsy on families, communities, and society / A. P. Ostendorf, S. Gedela // *Seminars in Pediatric Neurology*. – 2017. – Vol. 24(4). – P. 340–347. doi: 10.1016/j.spen.2017.10.007.
185. Ottman, R. Comorbidities of epilepsy: results from the Epilepsy Comorbidities and Health (EPIC) survey / R. Ottman, R. B. Lipton, A. B. Ettinger [et al.] // *Epilepsia*. – 2011. – Vol. 52(2). – P. 308–315. doi: 10.1111/j.1528-1167.2010.02927.x.
186. Pape, J. C. DNA methylation levels are associated with CRF1 receptor antagonist treatment outcome in women with post-traumatic stress disorder / J. C. Pape, T. Carrillo-Roa, B. O. Rothbaum [et al.] // *Clinical Epigenetics*. – 2018. – Vol. 10(1). – Article number: 136. doi: 10.1186/s13148-018-0569-x.
187. Perini, G. I. Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy / G. I. Perini, C. Tosi, C. Carraro // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 1996. – Vol. 61(6). – P. 601–605. doi: 10.1136/jnnp.61.6.601.
188. Pinna, M. Clinical and biological predictors of response to electroconvulsive therapy (ECT): a review / M. Pinna, M. Manchia, R. Oppo [et al.]

// Neuroscience Letters. – 2018. – Vol. 669. – P. 32–42. doi: 10.1016/j.neulet.2016.10.047.

189. Pompili, M. Depression, hopelessness and suicide risk among patients suffering from epilepsy / M. Pompili // *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanita*. – 2007. – Vol. 43(4). – P. 425–429.

190. Pompili, M. Suicide risk during anticonvulsant treatment / M. Pompili, R. Tatarelli, P. Girardi [et al.] // *Journal Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. – 2010. – Vol. 19(5). – P. 525–528. doi: 10.1002/pds.1936.

191. Potorno, E. Anticonvulsant medication and risk of suicide, attempted or violent death / E. Potorno, R. L. Bohn, P. M. Wahl // *JAMA*. – 2010. – Vol. 303(14). – P. 1401–1409. doi: 10.1001/jama.2010.410.

192. Rai, D. Epilepsy and psychiatric comorbidity: a nationally representative population-based study / D. Rai, M. P. Kerr, S. McManus [et al.] // *Epilepsia*. – 2012. – Vol. 53(6). – P. 1095–1103. doi: 10.1111/j.1528-1167.2012.03500.x.

193. Ring, H. A. Vigabatrin and depression / H. A. Ring, R. Crellin, S. Kriker, E. H. Reynolds // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 1993. – Vol. 56(8). – P. 925–928. doi: 10.1136/jnnp.56.8.925.

194. Russ, S. A. A national profile of childhood epilepsy and seizure disorder / S. A. Russ, K. Larson, N. Halfon // *Pediatrics*. – 2012. – Vol. 129(2). – P. 256–264. doi: 10.1542/peds.2010-1371.

195. Sadeghiyeh, T. Association between Catechol-O-Methyltransferase Val158Met (158G/A) polymorphism and suicide susceptibility: A Meta-analysis / T. Sadeghiyeh, F. Hosseini Biouki, M. Mazaheri [et al.] // *Journal of Research in Health Sciences*. – 2017. – Vol. 17(2). – Article number: e00383.

196. Sarchiapone, M. Controlling access to suicide means / M. Sarchiapone, L. Mandelli, M. Iosue [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2011. – Vol. 8(12). – P. 4550–4562. doi:10.3390/ijerph8124550

197. Savic, I. Limbic reductions of 5-HT_{1A} receptor binding in human temporal lobe epilepsy / I. Savic, P. Lindström, B. Gulyás [et al.] // *Neurology*. – 2004. – Vol. 62(8). – P. 1343–1351. doi: 10.1212/01.wnl.0000123696.98166.af.

198. Schenkel, L. C. Serotonin gene polymorphisms and psychiatry comorbidities in temporal lobe epilepsy / L. C. Schenkel, J. A. Bragatti, J. A. Becker [et al.] // *Epilepsy Research*. – 2012. – Vol. 99(3). – P. 260–266. doi: 10.1016/j.epilepsyres.2011.12.005.

199. Schmitz, B. Effects of antiepileptic drugs on mood and behaviour / B. Schmitz // *Epilepsia*. – 2006. – Vol. 47(Suppl. 2). – P. 28–33. doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00684.x.

200. Serafini, G. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review / G. Serafini, C. Muzio, G. Piccinini [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2015. – Vol. 24(12). – P. 1423–1446. doi:10.1007/s00787-015-0760-y

201. Stavropoulos, I. Increased hair cortisol and antecedent somatic complaints in children with a first epileptic seizure / I. Stavropoulos, P. Pervanidou, C. Gnardellis [et al.] // *Epilepsy & Behavior*. – 2017. – Vol. 68. – P. 146–152. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.12.015.

202. Strug, L. J. Panic disorder is associated with the serotonin transporter gene (SLC6A4) but not the promoter region (5-HTTLPR) / L. J. Strug, R. Suresh, A. Fyer [et al.] // *Journal Molecular Psychiatry*. – 2010. – Vol. 15(2). – P. 166–176. doi: 10.1038/mp.2008.79.

203. Sudol, K. Biomarkers of Suicide Attempt Behavior: Towards a Biological Model of Risk / K. Sudol, J. J. Mann // *Current Psychiatry Reports*. – 2017. – Vol. 19(6). – Article number: 31. doi: 10.1007/s11920-017-0781-y.

204. Suicide Prevention Strategy 2013–2016. – Edinburgh: Scottish Government, 2013. – 20 p. – URL: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616>.

205. Taylor, R. S. Predictors of health-related quality of life and costs in adults with epilepsy: a systematic review / R. S. Taylor, J. W. Sander, R. J. Taylor, G.A. Baker // *Epilepsia*. – 2011. – Vol. 52(12). – P. 2168–2180. doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03213.x.

206. Tian, N. Suicide among people with epilepsy: A population-based analysis of data from the US National Violent Death Reporting System, 17 states, 2003–2011 / N. Tian, W. Cui, M. Zack [et al.] // *Epilepsy & Behavior*. – 2016. – Vol. 61. – P. 210–217. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.05.028
207. Tondo, L. Suicidal behavior in mood disorders: response to pharmacological treatment / L. Tondo, R. J. Baldessarini // *Current Psychiatry Reports*. – 2016. – Vol. 18(9). – Article number: 88. doi: 10.1007/s11920-016-0715-0.
208. Traskman-Bendz, L. Have biological studies of suicide attempts influenced our management? / L. Traskman-Bendz, M. Alsen, G. Engstrom, A. Westrin, M. Lindstrom // *Suicide Prevention. The Global Context: International Association for Suicide Prevention. Congress*. Springer US, 31 map. 1998 г. / ed. by R. J. Kosky [et al.]. – NewYork: Plenum Press, 1998. – P. 223–230.
209. Trimble M. R. Antiepileptic drugs and suicide / *The Neuropsychiatry of Epilepsy* / ed. by M. R. Trimble, B. Schmitz. – Cambridge: Cambridge University Press, 2011. – Ch. 14. – P. 143–154.
210. Turecki, G. Suicide and suicide risk / G. Turecki, D. A. Brent, D. Gunnell [et al.] // *Nature Reviews Disease Primers*. – 2019. – Vol. 5(1). – Article number: 74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0.
211. Webb, L.M. The relationship between DNA methylation and antidepressant medications: A Systematic Review / L. M. Webb, K. E. Phillips, M. C. Ho [et al.] // *International Journal of Molecular Sciences*. – 2020. – Vol. 21(3). – Article number: 826. doi: 10.3390/ijms21030826.
212. White, J. R. Discontinuation of levetiracetam because of behavioral side effects. A case-control study / J. R. White, T. S. Walczak, I. E. Leppik // *Neurology*. – 2003. – Vol. 61(9). – P. 1218–1221. doi: 10.1212/01.wnl.0000091865.46063.67.
213. World Health Organisation. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva: WHO Press, 2014. – 89 p. – URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056> (дата обращения: 17.09.2019)

214. World Health Organisation. WHO Mortality Database documentation: 1 May 2013 update. – Geneva: WHO Press, 2013. – URL: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en (дата обращения: 17.09.2019).

215. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. – Geneva: WHO Press, 2016. – 163 p.

216. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals. Update 2017. – Geneva: World Health Organization; International Association for Suicide Prevention, 2017. (WHO/MSD/MER/17.5). – 21 p.

217. Yates, S. L. An open-label, prospective, exploratory study of patients with epilepsy switching from levetiracetam to brivaracetam / S. L. Yates, T. Fakhoury, W. Liang [et al.] // *Epilepsy Behavior*. – 2015. – Vol. 52(Pt. A). – P. 165–168. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.09.005.

218. Zarcone, D. Shared mechanisms of epilepsy, migraine and affective disorders / D. Zarcone, S. Corbetta // *Neurological Sciences*. – 2017. – Vol. 38(Suppl. 1). – P. 73–76. doi: 10.1007/s10072-017-2902-0.

219. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1983. – Vol. 67(6). – P. 361–370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Приложение 1

Анкета пациента

Общие данные

1. Ф.И.О.
2. Наличие антивительных переживаний на момент осмотра: (1) нет, (2) да
3. Возраст
4. Гендер: (1) мужской; (2) женский
5. Семейное положение: (1) свободен/на; (2) в разводе; (3) замужем/женат; (4) вдова/вдовец; (5) в отношениях
6. Наличие сиблингов: (1) старший в семье; (2) младший в семье; (3) единственный сын/дочь
7. Структура семьи: (1) полная (наличие обоих родителей); (2) не полная (наличие одного из родителей); (3) сирота
8. Трудовая деятельность: (1) не работает; (2) работает
9. Проживание с семьёй: (1) нет; (2) да
10. Образование: (1) нет; (2) специальная школа; (3) неполное среднее образование; (4) среднее, включая и среднее специальное; (5) незаконченное высшее; (6) высшее
11. Отношения в семье: (1) гармоничные; (2) дисгармоничные
12. Употребление психоактивных веществ в анамнезе: (1) нет; (2) да
13. Эпизоды злоупотребления алкоголем в анамнезе: (1) нет; (2) да
14. Психологическое насилие (психологическое давление, угрозы, вербальные издевательства, оскорбления) в анамнезе: (1) нет; (2) со стороны родственников; (3) со стороны сверстников; (4) со стороны других

15. Физическое насилие (побои, физические издевательства, недостаточный уход в детстве) в анамнезе: (1) нет; (2) со стороны родственников; (3) со стороны сверстников; (4) со стороны других
16. Наличие инвалидности по основному заболеванию: (1) нет; (2) 1 группа; (3) 2 группа; (4) 3 группа
17. Дебют заболевания (возраст)
18. Длительность заболевания (годы/лет)
19. Частота припадков: (1) единичные в анамнезе; (2) 2(3) или несколько в год; (3) ежемесячные; (4) еженедельные; (5) ежесуточные; (6) несколько и более в сутки
20. Наклонность к серийному течению припадков: (1) нет; (2) да
21. Фармакорезистентность: (1) нет; (2) да
22. Этиология эпилепсии: (1) структурная; (2) генетическая; (3) инфекционная; (4) метаболическая; (5) иммунная; (6) неизвестная
23. Тип припадка фокальный моторный автоматизмы: (1) нет; (2) да
24. Тип припадка фокальный моторный атонический: (1) нет; (2) да
25. Тип припадка фокальный моторный клонический: (1) нет; (2) да
26. Тип припадка фокальный моторный гиперкинетический: (1) нет; (2) да
27. Тип припадка фокальный моторный тонический: (1) нет; (2) да
28. Тип припадка фокальный немоторный вегетативный: (1) нет; (2) да
29. Тип припадка фокальный немоторный, заторможенность поведенческих реакций: (1) нет; (2) да
30. Тип припадка фокальный немоторный когнитивный: (1) нет; (2) да
31. Тип припадка фокальный немоторный эмоциональный: (1) нет; (2) да
32. Тип припадка фокальный немоторный сенсорный: (1) нет; (2) да
33. Припадок типа от фокального к билатеральному тонико-клоническому: (1) нет; (2) да
34. Генерализованный миоклонический припадок: (1) нет; (2) да
35. Миоклонически-атонический припадок: (1) нет; (2) да
36. Миоклонически-тонически-клонический припадок: (1) нет; (2) да

- 37. Генерализованный клонический припадок: (1) нет; (2) да
- 38. Генерализованный эпилептический спазм: (1) нет; (2) да
- 39. Генерализованный тонический припадок: (1) нет; (2) да
- 40. Генерализованный атонический припадок: (1) нет; (2) да
- 41. Генерализованный тонико-клонический припадок: (1) нет; (2) да
- 42. Типичный абсанс: (1) нет; (2) да
- 43. Атипичный абсанс: (1) нет; (2) да
- 44. Абсанс с миоклониями: (1) нет; (2) да
- 45. G51.1 Локализованная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом: (1) нет; (2) да
- 46. G51.2 Локализованная (фокальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками: (1) нет; (2) да
- 47. G51.3 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками: (1) нет; (2) да
- 48. G51.4 Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы: (1) нет; (2) да
- 49. G51.5 Другие виды генерализованной эпилепсии и эпилептических синдромов: (1) нет; (2) да
- 50. G51.6 Особые эпилептические синдромы: (1) нет; (2) да
- 51. Эпилептические расстройства настроения (дисфория): (1) нет; (2) эксплозивная; (3) анксиозная; (4) меланхолическая; (5) мориоподобная
- 52. Депрессивное расстройство: (1) нет; (2) да
- 53. Постиктальные психозы: (1) нет; (2) да
- 54. Кратковременный интериктальный психоз: (1) нет; (2) да
- 55. Изменение личности: (1) нет; (2) глищроидный тип личности; (3) эксплозивный тип личности; (4) паранойяльный тип личности; (5) шизоидный

тип личности; (6) психоастенический тип личности; (7) истероидный тип личности

56. Эмоциональная лабильность: (1) нет; (2) да
57. Легкое когнитивное расстройство: (1) нет; (2) да
58. Схема лечения: (1) монотерапия; (2) политерапия (2)
59. Длительность приёма антиэпилептической терапии: (1) до 3 месяцев; (2) от 3 до 6 месяцев; (3) от 6 до 12 месяцев; (4) от 1 до 2 лет; (5) от 2 до 3 лет; (6) от 3 до 5 лет; (7) более 5 лет
60. Бекламид (Хлоракон): (1) нет; (2) да
61. Бензобарбитал (Бензобарбитал, Бензонал): (1) нет; (2) да
62. Бриварацетам (Бривиак): (1) нет; (2) да
63. Вальпроевая кислота (Вальпарин, Депакин, Депакин-хроно, Конвулекс, Конвульсофин, Энкорат): (1) нет; (2) да
64. Вальпромид (Депамид): (1) нет; (2) да
65. Вигабатрин (Сабрил): (1) нет; (2) да
66. Габапентин (Габагамма, Габапентин, Катэна, Конвалис, Тебантин, Эгипентин): (1) нет; (2) да
67. Диазепам (Реланиум, Седуксен, Сибазон): (1) нет; (2) да
68. Зонисамид (Зонегран): (1) нет; (2) да
69. Карбамазепин (Тегретол, Финлепсин): (1) нет; (2) да
70. Клоназепам: (1) нет; (2) да
71. Лакосамид (Вимпат): (1) нет; (2) да
72. Ламотриджин (Ламиктал, Ламитор, Сейзар): (1) нет; (2) да
73. Леветирацетам (Конвилепт, Леветинол, Кеппра, Эпитерра): (1) нет; (2) да
74. Окскарбазепин (Трилептал): (1) нет; (2) да
75. Перампанел (Файком): (1) нет; (2) да
76. Прегабалин (Лирика, Прегабалин, Реплика): (1) нет; (2) да
77. Руфинамид (Иновелон): (1) нет; (2) да
78. Топирамат (Тореал, Топсавер, Эпимакс, Эпитоп): (1) нет; (2) да
79. Фенитоин (Дифенин): (1) нет; (2) да

80. Фенобарбитал (Люминал, Фенобарбитал): (1) нет; (2) да
81. Эсликарбазепин (Эксалиеф): (1) нет; (2) да
82. Этосуксимид (Суксилеп): (1) нет; (2) да
83. Побочные действия принимаемых противоэпилептических препаратов: (1) нет; (2) со стороны центральной нервной системы; (3) аллергические реакции; (4) со стороны кровеносной и лимфатической системы; (5) со стороны желудочно – кишечного тракта; (6) со стороны сердечно-сосудистой системы
84. Нарушения комплаенса в анамнезе: (1) нет; (2) да
85. Жалобы на момент осмотра: (1) нет; (2) да
86. Головные боли на момент осмотра: (1) нет; (2) да
87. Головокружения на момент осмотра: (1) нет; (2) да
88. Пароксизмальные расстройства сознания: на момент осмотра (1) нет; (2) да
89. Нарушения памяти на момент осмотра: (1) нет; (2) да
90. Нарушения сна на момент осмотра: (1) нет; (2) да
91. Тревожное состояние на момент осмотра: (1) нет; (2) да
92. Нарушение аппетита на момент осмотра: (1) нет; (2) да
93. Жалобы на судороги на момент осмотра: (1) нет; (2) да
94. Чувство слабости, повышенную утомляемость на момент осмотра: (1) нет; (2) да
95. Ощущения жжения, покалывания на момент осмотра: (1) нет; (2) да
96. Наследственность по эпилепсии и психическим заболеваниям: (1) неотягощена; (2) отягощена
97. Этиологические факторы заболевания: (1) отсутствуют (идиопатическая форма); (2) установлены (структурная форма); (3) предполагаются, но точно не установлены (криптогенная форма)
98. Родовая травма в анамнезе: (1) нет; (2) да
99. Гипоксия плода на момент рождения в анамнезе: (1) нет; (2) да
100. Неблагоприятное течение беременности у матери: (1) нет; (2) да
101. Черепно-мозговая травма в анамнезе: (1) нет; (2) да

102. Новообразования головного мозга: (1) нет; (2) да
103. Нейроинфекция в анамнезе: (1) нет; (2) да
104. Интоксикации в анамнезе: (1) нет; (2) да
105. Краниостеноз и другие аномалии развития черепа: (1) нет; (2) да
106. Врожденные аномалии сосудов: (1) нет; (2) да
107. Гипертоническая болезнь: (1) нет; (2) да
108. Врожденные и приобретенные пороки сердца: (1) нет; (2) да
109. Нарушение сердечного ритма: (1) нет; (2) да
110. Сахарный диабет: (1) нет; (2) да
111. Заболевания дыхательной системы: (1) нет; (2) да
112. Патология свёртывающей системы крови: (1) нет; (2) да
113. Аллергические реакции: (1) нет; (2) да
114. Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе: (1) нет; (2) да
115. Черепно–мозговая травма в анамнезе: (1) нет; (2) да
116. Характер черепно–мозговой травмы: (1) сотрясение головного мозга; (2) ушиб головного мозга; (3) травматическое субарахноидальное кровоизлияние
117. Операции на структурах головного мозга: (1) нет; (2) да
118. Период от костно–пластической трепанации черепа до начала первого припадка: (1) до 2 месяцев; (2) от 2 месяцев до 2 лет; (3) от 2 до 5 лет; (4) больше 5 лет
119. Наличие очаговой симптоматики по данным неврологического обследования: (1) нет; (2) да
120. Сторона поражения мозга по данным неврологического обследования: (1) выражена неотчетливо; (2) справа; (3) слева; (4) с двух сторон
121. Сторона поражения головного мозга по типу припадков и характеру психопатологической симптоматики: (1) выражена неотчетливо; (2) справа; (3) слева; (4) с двух сторон
122. Наличие патологических изменений по данным компьютерной томографии (магнитно–резонансной томографии): (1) нет; (2) да

123. Аномалии развития головного мозга: (1) нет; (2) гетеротопии серого вещества; (3) нарушения дифференцировки борозд; (4) киста прозрачной перегородки; (5) другие аномалии
124. Атрофические процессы в коре головного мозга: (1) нет; (2) локальные; (3) диффузные
125. Преобладание атрофии в коре головного мозга: (1) нет; (2) справа; (3) слева; (3) с 3 сторон
126. Локализация атрофий: (1) нет; (2) в лобной; (3) височной; (4) теменной; (5) затылочной областях; (6) сочетание
127. Выраженность атрофий: (1) нет; (2) незначительная; (3) умеренная; (4) выраженная
128. Внутренняя гидроцефалия: (1) нет; (2) асимметричная правосторонняя; (3) левосторонняя; (4) симметричная
129. Локализация внутренней гидроцефалии: (1) нет; (2) в лобной; (3) височной; (4) теменной; (5) затылочной областях; (6) сочетание
130. Выраженность внутренней гидроцефалии: (1) нет; (2) незначительная; (3) умеренная; (4) выраженная
131. Очаговые изменения головного мозга: (1) нет; (2) да
132. Наличие изменений гиппокампа: (1) нет; (2) атрофия; (3) глиоз; (4) склероз
133. Локализация изменений гиппокампа: (1) нет; (2) справа; (3) слева; (4) с 3 сторон
134. Диффузные изменения активности головного мозга по результатам электроэнцефалографии: (1) нет; (2) с локальным преобладанием; (3) без локального преобладания
135. Пароксизмальные изменения активности головного мозга по результатам электроэнцефалографии: (1) нет; (2) выявляются под действием провоцирующих функциональных нагрузок; (3) в фоновой записи

136. Очаговые пароксизмальные изменения головного мозга по результатам электроэнцефалографии: (1) нет; (2) в правом полушарии; (3) в левом полушарии; (4) в двух полушариях (4)

137. Очаговые пароксизмальные изменения головного мозга по результатам электроэнцефалографии: (1) без генерализации; (2) с правосторонней генерализацией; (3) с левосторонней генерализацией; (4) двусторонней генерализацией

138. Очаговые пароксизмальные изменения головного мозга по результатам электроэнцефалографии: (1) нет; (2) в лобных; (3) лобно-центральных; (4) центральных; (5) центрально-теменных; (6) теменных; (7) теменно-затылочных; (8) затылочных; (9) височно-затылочных; (10) височно-теменных; (11) височно-центральных; (12) височно-лобных; (13) височных отведениях

139. Генерализованные пароксизмальные изменения: (1) нет; (2) с правосторонним преобладанием; (3) с левосторонним преобладанием; (4) двусторонние, симметричные

140. Эпилептическая активность: (1) нет; (2) да

141. Эпилептическая активность: (1) нет; (2) в лобных; (3) лобно-центральных; (4) центральных; (5) центрально-теменных; (6) теменных; (7) теменно-затылочных; (8) затылочных; (9) височно-затылочных; (10) височно-теменных; (11) височно- центральных; (12) височно-лобных; (13) височных отведениях

142. Антивитальные переживания на момент осмотра: (1) нет; (2) да

143. Предпочитаемый метод суицида у респондента при наличии антивитальных переживаний: (1) нет; (2) самоповреждение; (3) утопление; (4) удушье (вдыхание инертных или токсичных газов); (5) падение с высоты; (6) использование огнестрельного оружия; (7) повешение; (8) удар транспортом; (9) отравление с использованием медикаментов

144. Суицидальное поведение и попытки суицида в семье и у родственников: (1) нет; (2) да

145. Метод суицида у родственников: (1) нет; (2) самоповреждение; (3) утопление; (4) удушье (вдыхание инертных или токсичных газов); (5) падение с

высоты; (6) использование огнестрельного оружия; (7) повешение; (8) удар транспортом; (9) отравление с использованием медикаментов

146. Ненормативная кризисная ситуация на момент возникновения суицидальных намерений: (1) нет; (2) да

147. Тип "кризиса": (1) нет; (2) внутренний (болезнь); (3) внутренний (психическое состояние); (4) проблема реализации; (5) общество; (6) семейный фактор

148. Ощущение «внутреннего кризиса» и безысходности на момент возникновения суицидальных намерений: (1) нет; (2) да

149. Ограничение социального взаимодействия на момент возникновения суицидальных намерений: (1) нет; (2) да

Приложение 2

Опросник антисуицидальных мотивов (Reasons for Living Inventory; Linehan M., 1983)

1 – Совершенно не важная (не является причиной для того, чтобы не убивать себя) 2 - Весьма незначительная 3 - Незначительная 4 - Важная 5 - Весьма важная 6 - Чрезвычайно важная (как причина для того, чтобы не убивать себя).

1. Я несу ответственность и обязательства перед моими родными.	1	2	3	4	5	6
2. Я полагаю, что я могу учиться приспосабливаться и справляться с моими проблемами.	1	2	3	4	5	6
3. Я полагаю, что я могу контролировать мою жизнь и судьбу.	1	2	3	4	5	6
4. Я хочу жить.	1	2	3	4	5	6
5. Я верю, что только Бог имеет право закончить жизнь.	1	2	3	4	5	6
6. Я боюсь смерти.	1	2	3	4	5	6

7. Моя семья будет считать, что я не люблю их.	1	2	3	4	5	6
8. Я не считаю себя несчастным или безнадежным.	1	2	3	4	5	6
9. Моя семья зависит от меня и нуждается во мне.	1	2	3	4	5	6
10. Я не хочу умереть.	1	2	3	4	5	6
11. Я хочу наблюдать, как растут мои дети.	1	2	3	4	5	6
12. Жизнь - все, что мы имеем, и нет ничего лучше ее.	1	2	3	4	5	6
13. У меня есть планы на будущее, которые я хочу выполнить.	1	2	3	4	5	6
14. Независимо от того, как ужасно я себя чувствую, я знаю, что это не будет длиться все время.	1	2	3	4	5	6
15. Я боюсь неизвестности.	1	2	3	4	5	6
16. Я люблю свою семью очень сильно и не могу оставить ее.	1	2	3	4	5	6
17. Я хочу испытать все те радости, которые жизнь должна мне преподнести.	1	2	3	4	5	6
18. Я боюсь, что у меня не получится покончить с собой тем методом, который я выбрал.	1	2	3	4	5	6
19. Я достаточно забочусь о себе.	1	2	3	4	5	6
20. Жизнь слишком красива и драгоценна, чтобы закончить ее.	1	2	3	4	5	6
21. Было бы плохо оставить заботу о моих детях другим.	1	2	3	4	5	6
22. Я полагаю, что я могу найти другие решения моих проблем.	1	2	3	4	5	6
23. Я боюсь попасть в ад.	1	2	3	4	5	6
24. Я люблю жизнь.	1	2	3	4	5	6
25. Я слишком сильный, чтобы убить себя	1	2	3	4	5	6
26. Я - трус и не имею мужества убить себя	1	2	3	4	5	6
27. Мои религиозные верования запрещают самоубийство,	1	2	3	4	5	6
28. Мое самоубийство может плохо отразиться на моих	1	2	3	4	5	6

детях						
29. Я интересуюсь тем, что случится со мной в будущем	1	2	3	4	5	6
30. Это бы слишком сильно травмировало мою семью, и я не хочу, чтобы она страдала.	1	2	3	4	5	6
31. Меня волнует, что другие думают обо мне.	1	2	3	4	5	6
32. Я полагаю, что все, что происходит, к лучшему.	1	2	3	4	5	6
33. Я долго не мог решить, где, когда и как это сделать.	1	2	3	4	5	6
34. Я считаю, что это нравственно неправильно.	1	2	3	4	5	6
35. У меня есть много дел, которые я хотел бы сделать.	1	2	3	4	5	6
36. Я достаточно храбр, чтобы бороться с трудностями жизни.	1	2	3	4	5	6
37. Я счастлив и доволен своей жизнью.	1	2	3	4	5	6
38. Я боюсь фактического акта самоубийства (боль, кровь, насилие).	1	2	3	4	5	6
39. Я полагаю, что самоубийство ничего не решит.	1	2	3	4	5	6
40. Я надеюсь, что все улучшится, и будущее будет более счастливым.	1	2	3	4	5	6
41. Другие люди будут думать, что я слаб и эгоистичен.	1	2	3	4	5	6
42. У меня есть внутренняя сила, чтобы выжить.	1	2	3	4	5	6
43. Я не хотел бы, чтобы люди думали, что я не имею контроля над своей жизнью.	1	2	3	4	5	6
44. Я считаю, что я могу найти цель в жизни.	1	2	3	4	5	6
45. Я не вижу никакой причины приближать смерть.	1	2	3	4	5	6
46. Я боюсь, что мой метод самоубийства не приведет к желаемому результату.	1	2	3	4	5	6
47. Я не хотел бы, чтобы мои родные впоследствии чувствовали себя виновными.	1	2	3	4	5	6
48. Я не хотел бы, чтобы мои родные думали, что я эгоист или трус.	1	2	3	4	5	6

Приложение 3

Опросник суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Разуваевой Т.Н.

Будет предложено оценить 29 утверждений. Если Вы, читая утверждение, соглашаетесь с ним, то поставьте знак «+» в соответствующей графе регистрационного бланка. Если не соглашаетесь – поставьте знак «-».

1. Вы всё чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определённо не везёт в жизни.
6. Работать (учиться) Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем вы ожидали.
12. Вы считаете себя обречённым человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который водит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что всё кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.

19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваше решение и даже изменить его.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже очень плохое.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путём.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьёзные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинаясь первому порыву.

Приложение 4

Шкала безнадёжности Бека

№	Утверждение	Совсем неверно	Скорее неверно	Скорее верно	Очень верно
1	Я смотрю в будущее с надеждой и энтузиазмом				
2	С тем же успехом я могу просто плюнуть на все, так как я не могу сделать свою жизнь лучше				
3	Когда дела идут плохо, мне помогает знание о том, что так не может продолжаться вечно				

4	Я не могу представить, какой будет моя жизнь через десять лет				
5	У меня достаточно времени, чтобы успеть сделать то, что для меня наиболее важно				
6	В будущем я надеюсь преуспеть в том, что занимает меня больше всего				
7	Мое будущее кажется мне темным				
8	Я полагаю, что у меня будет больше хорошего в жизни, чем у среднего человека				
9	Мне просто не дают передышки и я не думаю, что в будущем станет легче				
10	Мой прошлый опыт хорошо подготовил меня к будущему				
11	Все что я вижу впереди скорее неприятно, чем приятно				
12	Я не ожидаю получить то, чего я действительно хочу				
13	Когда я думаю о будущем, я надеюсь, что буду счастливее, чем сейчас				
14	Ничего в жизни не складывается так как я хочу				
15	Я верю в свое будущее				
16	Я никогда не получаю то, что хочу, а значит хотеть чего-либо глупо				
17	Очень маловероятно, что я буду доволен своим будущим				
18	Мое будущее кажется мне очень туманным и неопределенным				
19	Я ожидаю от будущего больше хорошего, чем плохого				

20	Бесполезно действительно стремиться получить то, что я хочу, так как скорее всего у меня ничего не получится				
----	--	--	--	--	--

Приложение 5

Симптоматический опросник SCL 90–R

Против каждого утверждения поставьте один из следующих ответов: 0 - совсем нет; 1 - немного; 2 - умеренно; 3 - сильно; 4 - очень сильно.

№	Насколько сильно вас тревожили:	Ответ
1	Головные боли.	
2	Нервозность или внутренняя дрожь.	
3	Повторяющиеся неотвязные неприятные мысли.	
4	Слабость или головокружение.	
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия.	
6	Чувство недовольства другими.	
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями.	
8	Ощущение, что почти во всех Ваших неприятностях виноваты другие.	
9	Проблемы с памятью.	
10	Ваша небрежность или неряшливость.	
11	Легко возникающая досада или раздражение.	
12	Боли в сердце или в грудной клетке.	
13	Чувство страха в открытых местах или на улице.	
14	Упадок сил или заторможенность.	
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой.	
16	То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие.	

17.	Дрожь.	
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять.	
19	Плохой аппетит.	
20	Слезливость.	
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами противоположного пола.	
22	Ощущение, что Вы в западне или пойманы.	
23	Неожиданный или беспричинный страх.	
24	Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать.	
25	Боязнь выйти из дому одному.	
26	Чувство одиночества.	
27	Боли в пояснице.	
28	Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо.	
29	Чувство одиночества.	
30	Подавленное настроение, хандра.	
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам.	
32	Отсутствие интереса к чему-либо.	
33	Чувство страха	
34	То, что Ваши чувства легко задеть.	
35	Ощущение, что другие не понимают в Ваши мысли.	
36	Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам.	
37	Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь.	
38	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки.	
39	Сильное или учащенное сердцебиение.	
40	Тошнота или расстройство желудка.	
41	Ощущение, что Вы хуже других.	
42	Боли в мышцах	

43	Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас.	
44	То, что Вам трудно заснуть.	
45	Потребность проверять или перепроверять то, что Вы делаете.	
46	Трудности в принятии решений.	
47	Боязнь езды в автобусах	
48	Затрудненное дыхание	
49	Приступы жара или озноба.	
50	Необходимость избегать некоторых мест или действий, так как они Вас пугают.	
51	То, что Вы легко теряете мысль	
52	Онемение или покалывание в различных частях тела.	
53	Комок в горле	
54	Ощущение, что будущее безнадежно.	
55	То, что Вам трудно сосредоточиться.	
56	Ощущение слабости в различных частях тела.	
57	Ощущение напряженности или взвинченности.	
58	Тяжесть в конечностях	
59	Мысли о смерти	
60	Переедание	
61	Ощущение неловкости, Когда люди наблюдают за Вами или	
62	То, что у Вас в голове чужие мысли.	
63	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо.	
64	Бессоница по утрам	
65	Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать.	
66	Беспокойный и тревожный сон.	
67	Импульсы ломать или крушить что-либо.	
68	Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют	

	другие.	
69	Чрезмерная застенчивость.	
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах).	
71	Чувство, что все, чтобы Вы не делали, требует больших усилий.	
72	Приступы ужаса и паники.	
73	Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях.	
74	То, что Вы часто вступаете в спор.	
75	Нервозность, когда Вы оставались одни.	
76	То, что другие недооценивают Ваши достижения.	
77	Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми.	
78	Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте.	
79	Ощущение собственной никчемности.	
80	Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое.	
81	То, что Вы кричите или швыряетесь вещами.	
82	Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях.	
83	Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите.	
84	Нервировавшие Вас сексуальные мысли.	
85	Мысль о том, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи.	
86	Кошмарные мысли или видения.	
87	Мысли, о том, что с Вашим телом что-то не в порядке.	
88	То, что Вы не чувствуете близости ни к кому.	
89	Чувство вины	
90	Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное.	
91	Могу давать хорошую оценку людям, о которых знаю очень мало	
92	Вам приходилось говорить о том, в чем Вы плохо разбираетесь.	
93	Вы говорили когда-нибудь плохо о другом человеке.	
94	Вы когда-нибудь воспользовались оплошностью другого человека в своих целях	

95	Вы когда-нибудь намеренно говорили что-нибудь неприятное или обидное для человека	
96	Вы иногда откладываете на завтра то, что должны сделать сегодня	
97	Вы всегда извиняетесь, когда нагрубите другому	
98	Вы всегда вежливы, даже с неприятными людьми	
99	Всегда ли Ваши слова совпадают с делом	
100	Вы всегда готовы признавать свои ошибки	

Приложение 6

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Шкала составлена из 14 утверждений, и включает две части: тревога (I часть) и депрессия (II часть). По всем пунктам должны быть выбраны ответы. Каждому утверждению шкалы соответствуют четыре варианта ответа. Необходимо выбрать и отметить тот из ответов, который соответствует состоянию в течении последних 7 дней.

Часть I	
Я испытываю напряжение, мне не по себе	3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю
Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться	3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю

Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда
Я легко могу сесть и расслабиться	0 - определенно это так 1 - наверное, это так 2 - лишь изредка это так 3 - совсем не могу
Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь	0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто
Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться	3 - определенно это так 2 - наверное, это так 1 - лишь в некоторой степени это так 0 - совсем не испытываю
У меня бывает внезапное чувство паники	3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает
Часть II	
То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени это так 3 - совсем не так
Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	0 - определенно это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени это так 3 - совсем не способен

Я испытываю бодрость	3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время
Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
Я не слежу за своей внешностью	3 - определенно это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стала меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко

Приложение 7

Фрайбургский личностный опросник (Das Freiburger
 Personlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory, FPI)

Представлен ряд утверждений, если Вы считаете, что такое соответствие имеет место, то дайте ответ «да», в противном случае — ответ «нет».

1. Я внимательно прочел инструкцию и готов откровенно ответить на все вопросы анкеты.
2. По вечерам я предпочитаю развлекаться в веселой компании (гости, дискотека, кафе и т.п.).
3. Моему желанию познакомиться с кем-либо всегда мешает то, что мне трудно найти подходящую тему для разговора.
4. У меня часто болит голова.
5. Иногда я ощущаю стук в висках и пульсацию в области шеи.
6. Я быстро теряю самообладание, но и так же быстро беру себя в руки.
7. Бывает, что я смеюсь над неприличным анекдотом.
8. Я избегаю о чем-либо расспрашивать и предпочитаю узнавать то, что мне нужно, другим путем.
9. Я предпочитаю не входить в комнату, если не уверен, что мое появление пройдет незамеченным.
10. Могу так вспылить, что готов разбить все, что попадет под руку.
11. Чувствую себя неловко, если окружающие почему-то начинают обращать на меня внимание.
12. Я иногда чувствую, что сердце начинает работать с перебоями или начинает биться так, что, кажется, готово выскочить из груди.
13. Не думаю, что можно было бы простить обиду.
14. Не считаю, что назло надо отвечать злом, и всегда следую этому.
15. Если я сидел, а потом резко встал, то у меня темнеет в глазах и кружится голова.
16. Я почти ежедневно думаю о том, насколько лучше была бы моя жизнь, если бы меня не преследовали неудачи.
17. В своих поступках я никогда не исхожу из того, что людям можно полностью доверять.

18. Могу прибегнуть к физической силе, если требуется отстоять свои интересы.
19. Легко могу развеселить самую скучную компанию.
20. Я легко смущаюсь.
21. Меня ничуть не обижает, если делаются замечания относительно моей работы или меня лично.
22. Нередко чувствую, как у меня немеют или холодеют руки и ноги.
23. Бываю неловким в общении с другими людьми.
24. Иногда без видимой причины чувствую себя подавленным, несчастным.
25. Иногда нет никакого желания чем-либо заняться.
26. Порой я чувствую, что мне не хватает воздуха, будто бы я выполнял очень тяжелую работу.
27. Мне кажется, что в своей жизни я очень многое делал неправильно.
28. Мне кажется, что другие нередко смеются надо мной.
29. Люблю такие задания, когда можно действовать без долгих размышлений.
30. Я считаю, что у меня предостаточно оснований быть не очень-то довольным своей судьбой.
31. Часто у меня нет аппетита.
32. В детстве я радовался, если родители или учителя наказывали других детей.
33. Обычно я решителен и действую быстро.
34. Я не всегда говорю правду.
35. С интересом наблюдаю, когда кто-то пытается выпутаться из неприятной истории.
36. Считаю, что все средства хороши, если надо настоять . на своем.
37. То, что прошло, меня мало волнует.
38. Не могу представить ничего такого, что стоило бы доказывать кулаками.

39. Я не избегаю встреч с людьми, которые, как мне кажется, ищут ссоры со мной.
40. Иногда, кажется, что я вообще ни на что не годен.
41. Мне кажется, что я постоянно нахожусь в каком-то напряжении и мне трудно расслабиться.
42. Нередко у меня возникают боли “под ложечкой” и различные неприятные ощущения в животе.
43. Если обидят моего друга, я стараюсь отомстить обидчику.
44. Бывало, я опаздывал к назначенному времени.
45. В моей жизни было так, что я почему-то позволил себе мучить животное.
46. При встрече со старым знакомым от радости я готов броситься ему на шею.
47. Когда я чего-то боюсь, у меня пересыхает во рту, дрожат руки и ноги.
48. Частенько у меня бывает такое настроение, что с удовольствием бы ничего не видел и не слышал.
49. Когда ложусь спать, то обычно засыпаю уже через несколько минут.
50. Мне доставляет удовольствие, как говорится, ткнуть носом других в их ошибки.
51. Иногда могу похвастаться.
52. Активно участвую в организации общественных мероприятий.
53. Нередко бывает так, что приходится смотреть в другую сторону, чтобы избежать нежелательной встречи.
54. В свое оправдание я иногда кое-что выдумывал.
55. Я почти всегда подвижен и активен.
56. Нередко сомневаюсь, действительно ли интересно моим собеседникам то, что я говорю.
57. Иногда вдруг чувствую, что весь покрываюсь потом.

58. Если сильно разозлюсь на кого-то, то могу его и ударить.
59. Меня мало волнует, что кто-то плохо ко мне относится.
60. Обычно мне трудно возражать моим знакомым.
61. Я волнуюсь и переживаю даже при мысли о возможной неудаче.
62. Я люблю не всех своих знакомых.
63. У меня бывают мысли, которых следовало бы стыдиться.
64. Не знаю почему, но иногда появляется желание испортить то, чем восхищаются.
65. Я предпочитаю заставить любого человека сделать то, что мне нужно, чем просить его об этом.
66. Я нередко беспокойно двигаю рукой или ногой.
67. Предпочитаю провести свободный вечер, занимаясь любимым делом, а не развлекаясь в веселой компании.
68. В компании я веду себя не так, как дома.
69. Иногда, не подумав, скажу такое, о чем лучше бы помолчать.
70. Боюсь стать центром внимания даже в знакомой компании.
71. Хороших знакомых у меня очень немного.
72. Иногда бывают такие периоды, когда яркий свет, яркие краски, сильный шум вызывают у меня болезненно неприятные ощущения, хотя я вижу, что на других людей это так не действует.
73. В компании у меня нередко возникает желание кого-нибудь обидеть или разозлить.
74. Иногда думаю, что лучше бы не родиться на свет, как только представлю себе, сколько всяких неприятностей, возможно, придется испытать в жизни.
75. Если кто-то меня серьезно обидит, то получит свое сполна.
76. Я не стесняюсь в выражениях, если меня выведут из себя.
77. Мне нравится так задать вопрос или так ответить, чтобы собеседник растерялся.
78. Бывало, откладывал то, что требовалось сделать немедленно.

79. Не люблю рассказывать анекдоты или забавные истории.
80. Повседневные трудности и заботы часто выводят меня из равновесия.
81. Не знаю, куда деться при встрече с человеком, который был в компании, где я вел себя неловко.
82. К сожалению, отношусь к людям, которые бурно реагируют даже на жизненные мелочи.
83. Я робею при выступлении перед большой аудиторией.
84. У меня довольно часто меняется настроение.
85. Я устаю быстрее, чем большинство окружающих меня людей.
86. Если я чем-то сильно взволнован или раздражен, то чувствую это как бы всем телом.
87. Мне докучают неприятные мысли, которые назойливо лезут в голову.
88. К сожалению, меня не понимают ни в семье, ни в кругу моих знакомых.
89. Если сегодня я посплю меньше обычного, то завтра не буду чувствовать себя отдохнувшим.
90. Стараюсь вести себя так, чтобы окружающие опасались вызвать мое неудовольствие.
91. Я уверен в своем будущем.
92. Иногда я оказывался причиной плохого настроения кого-нибудь из окружающих.
93. Я не прочь посмеяться над другими.
94. Я отношусь к людям, которые за словом в карман не лезут.
95. Я принадлежу к людям, которые ко всему относятся достаточно легко.
96. Подростком я проявлял интерес к запретным темам.
97. Иногда зачем-то причинял боль любимым людям.
98. У меня нередко конфликты с окружающими из-за их упрямства.

99. Часто испытываю угрызения совести в связи со своими поступками.
100. Я нередко бываю рассеянным.
101. Не помню, чтобы меня особенно опечалили неудачи человека, которого я не могу терпеть.
102. Часто я слишком быстро начинаю досадовать на других.
103. Иногда неожиданно для себя начинаю уверенно говорить о таких вещах, в которых на самом деле мало что смыслю.
104. Часто у меня такое настроение, что я готов взорваться по любому поводу.
105. Нередко чувствую себя вялым и усталым.
106. Я люблю беседовать с людьми и всегда готов поговорить и со знакомыми и с незнакомыми.
107. К сожалению, я зачастую слишком поспешно оцениваю других людей.
108. Утром я обычно встаю в хорошем настроении и нередко начинаю насвистывать или напевать.
109. Не чувствую себя уверенно в решении важных вопросов даже после длительных размышлений.
110. Получается так, что в споре я почему-то стараюсь говорить громче своего оппонента,
111. Разочарования не вызывают у меня сколь либо сильных и длительных переживаний.
112. Бывает, что я вдруг начинаю кусать губы или грызть ногти.
113. Наиболее счастливым я чувствую себя тогда, когда бываю один.
114. Иногда одолевает такая скука, что хочется, чтобы все перессорились друг с другом.

Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ, Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2005)

1. САМОЧУВСТВИЕ	
С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	1
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	2
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	3
Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим	4
У меня почти всегда что-нибудь болит	5
Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений	6
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	7
Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания	8
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	9
С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски	10
Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие	11
Ни одно из определений мне не подходит	12
2. НАСТРОЕНИЕ	
Как правило, настроение у меня очень хорошее	1
Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным	2
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	4
Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение	5
Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия	6
У меня стало совершенно безразличное настроение	7
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	8
У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев	9

Малейшие неприятности сильно огорчают меня	10
Из-за болезни у меня все время тревожное настроение	11
Ни одно из определений мне не подходит	12
3. СОН И ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА	
Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	2
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	3
Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем	4
Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	5
С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером	6
У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения	7
Утром я встаю бодрым и энергичным	8
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	9
По ночам у меня бывают приступы страха	10
С утра я чувствую полное безразличие ко всему	11
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	12
Во сне мне видятся всякие болезни	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
4. АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ	
Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях	1
У меня хороший аппетит	2
У меня плохой аппетит	3
Я люблю сытно поесть	4
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	5
Мне легко можно испортить аппетит	6
Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность	7
Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье	8

Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал	9
Еда не доставляет мне никакого удовольствия	10
Ни одно из определений мне не подходит	11
5. ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ	
Моя болезнь меня пугает	1
Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет	2
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	3
Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня	4
Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью	5
Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет	6
Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей	7
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	8
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	9
Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи	10
Я здоров, и болезни меня не беспокоят	11
Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	12
Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым	13
Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда	14
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	15
Ни одно из определений мне не подходит	16
6. ОТНОШЕНИЕ К ЛЕЧЕНИЮ	
Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	1
Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением	2
Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни	3

Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным	4
Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь	5
Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию	6
Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных	7
Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей	8
Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить	9
Считаю, что меня лечат неправильно	10
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	11
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	12
Я избегаю говорить о лечении с другими людьми	13
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	14
Ни одно из определений мне не подходит	15
7. ОТНОШЕНИЕ К ВРАЧАМ И МЕДПЕРСОНАЛУ	
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	1
Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность	2
Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей	3
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	4
Мне все равно, кто и как меня лечит	5
Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения	6
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	7

Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения	8
С большим уважением я отношусь к медицинской профессии	9
Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности	10
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	11
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	12
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
8. ОТНОШЕНИЯ К РОДНЫМ И БЛИЗКИМ	
Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня	1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	2
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	3
Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды	4
Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям	5
Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие	6
Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими	7
Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных	8
Из-за болезни я стал в тягость близким	9
Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь	10
Я считаю, что заболел из-за моих родных	11
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	12

Ни одно из определений мне не подходит	13
9. ОТНОШЕНИЕ К РАБОТЕ (УЧЕБЕ)	
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	1
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	2
Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной	3
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	4
Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)	5
Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью	6
На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне	7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	8
Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни	9
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	10
Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)	11
На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни	12
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	13
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	14
Ни одно из определений мне не подходит	15
10.ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ	
Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня	1
Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое	2
Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение	3

Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	4
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	5
Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть	6
Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни	7
Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий	8
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	9
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	10
Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу	11
Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня	12
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	13
Ни одно из определений мне не подходит	14
11.ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ	
Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше	1
Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество	2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	3
В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях	4
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	5
Стеснясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям	6
Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни	7
Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве	8
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	9
Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью	10

Ни одно из определений мне не подходит	11
12.ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ	
Болезнь делает мое будущее печальным и унылым	1
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	2
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	3
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	4
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	5
Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)	6
Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем	7
Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее	8
Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел	9
Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и. раздражение на других людей	10
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	11
Ни одно из определений мне не подходит	12

Приложение 9

Шкала семейного окружения (ШСО, Family Environmental Scale (FES) в адаптации Куприянова С.Ю., 1985)

Утверждение:	+/-
Члены семьи оказывают реальную помощь и поддержку друг другу	
Члены семьи часто скрывают свои чувства	
Мы много ссоримся в нашей семье	
Мы не очень часто делаем что-либо самостоятельно в нашей семье	

Мы считаем это важным — быть лучшим в любом деле, которое делаешь	
Мы часто говорим о социальных и политических проблемах	
Мы проводим большую часть времени выходных дней и вечеров дома	
Члены моей семьи часто слушают лекции на морально-этические темы	
Вся деятельность нашей семьи тщательно планируется	
У нас редко командуют членами семьи	
Мы часто дома убиваем время	
В своем доме мы говорим всё, что хотим	
Члены семьи редко открыто сердятся	
В нашей семье очень поощряется независимость	
Жизненный успех очень важен в нашей семье	
Мы редко ходим на лекции, концерты или спектакли	
Друзья часто навещают нас	
Мы считаем, что семья не несет ответственности за своих членов	
Мы, как правило, очень опрятны и организованны	
Число правил, которым мы следуем в нашей семье, очень невелико	
Мы вкладываем много энергии в наши домашние дела	
Трудно «разрядиться» дома, не расстроив кого-нибудь	
Члены семьи иногда настолько разозлятся, что швыряют вещи	
Мы обдумываем наши дела в одиночку в нашей семье	
Для нас не очень важно, сколько зарабатывает человек	
В нашей семье считается важным узнать о новых и разнообразных вещах (придается большое значение информации)	
Никто в нашей семье активно не занимается спортом	
Мы часто говорим на морально-нравственные темы	
В нашем доме трудно найти вещь, когда она потребуется	
Один член семьи принимает большинство решений	
В нашей семье существует взаимопонимание	

Мы рассказываем друг другу о своих личных проблемах	
Члены семьи редко выходят из себя	
В нашей семье мы приходим и уходим, когда хотим	
Мы верим в соревнование и девиз: «Пусть победит сильнейший»	
Мы не очень интересуемся культурной жизнью	
Мы часто ходим в кино, на стадион, туристические походы	
Мы не верим ни в рай, ни в ад	
Быть пунктуальным в нашей семье очень важно	
В нашей семье все делается по раз и навсегда заведенным правилам	
У нас редко находятся добровольцы, когда что-то нужно сделать	
Если что-то надо сделать быстро, мы тут же собираемся и делаем	
Члены семьи часто критикуют друг друга	
В нашей семье очень мало тайн	
Мы стремимся с каждым разом всё делать лучше и лучше	
У нас редко бывают интеллектуальные дискуссии	
Все в нашей семье имеют хобби и даже не одно	
У членов семьи строгие понятия о том, что правильно и неправильно	
В нашей семье все часто меняют мнения	
В нашей семье придается большое значение соблюдению правил	
Члены семьи оказывают реальную поддержку друг другу	
Если в нашей семье начнёшь жаловаться, кто-то обычно расстроится	
Члены семьи иногда могут ударить друг друга	
Каждый полагается сам на себя, если возникает какая-то проблема	
Нас мало волнуют продвижения по работе, школьные оценки и так далее	
Кто-то из членов семьи играет на музыкальном инструменте	
Мы мало принимаем участия в развлекательных мероприятиях на работе или в школе	
Мы убеждены, что некоторые вещи надо принимать на веру	
Мы содержим квартиру в опрятности	

В семейных решениях все имеют право голоса	
В нашей семье не развит дух коллективизма	
Денежные дела в нашей семье обсуждаются открыто	
Если в нашей семье возникают разногласия, мы изо всех сил стараемся сгладить углы и сохранить мир	
Члены семьи усиленно поощряют друг друга отстаивать свои права	
В нашей семье мы не стремимся к успеху	
Члены семьи часто ходят в библиотеку	
Члены семьи иногда посещают курсы или берут уроки после школы по своим интересам	
В нашей семье у каждого свои понятия, что правильно, а что нет	
Обязанность каждого четко определена в нашей семье	
В нашей семье мы можем делать всё, что хотим	
Мы редко по - настоящему ладим друг с другом	
Обычно мы следим за тем, что говорим друг другу	
Члены семьи часто пытаются превзойти друг друга	
В нашем доме трудно побыть одному, не обидев этим никого	
«Делу время, потехе час» — такое правило в нашей семье	
Смотреть телевизор в нашей семье предпочитают чтению	
Члены семьи много общаются вне дома	
Наша семья придерживается строгих моральных правил	
В нашей семье с деньгами обращаются не очень бережно	
В нашем доме существуют довольно жесткие правила	
В нашей семье всем уделяется много времени и внимания	
В нашей семье часто возникают спонтанные дискуссии	
Мы считаем, что повышением голоса ничего не добьешься	
В нашей семье не поощряется, чтобы каждый высказывался сам за себя	
Членов семьи часто сравнивают с другими по их успешности на работе или учебе	

Мы по- настоящему любим музыку, живопись и литературу	
Главная форма развлечений у нас — телевизор и радио	
Мы верим в торжество справедливости	
Посуду у нас моют обычно сразу после еды	
В нашей семье ничто не проходит безнаказанно	

Приложение 10

Опросник QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-31, Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al., 1998) – качество жизни при эпилепсии, версия 1.0

Опросник «QOLIE-31» состоит из 31 вопроса, которые группируются в семь подразделов (подшкал), которые оценивают такие проблемы, как «Боязнь приступов», «Общее качество жизни», «Эмоциональное благополучие», «Энергичность/усталость», «Когнитивное функционирование», «Влияние антиэпилептических препаратов» и «Социальное функционирование». Кроме того, определяется общий суммарный балл.

По значениям 7 основных параметров опросника «QOLIE-31» вычисляется обобщённый показатель, представляющий собой взвешенную линейную комбинацию этих основных параметров. Полученные значения трансформируются в цифры от 0 до 100, с большими значениями, отражающими более высокое качество жизни.

1. Как бы Вы оценили качество своей жизни (в целом)											
(обведите кружком)											
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
лучшее возможное						наихудшее возможное					
качество жизни						качество жизни					
						(хуже, чем смерть)					

Эти вопросы касаются самочувствия и отношения к окружающему миру

за последние 4 недели. Для каждого вопроса указать один наиболее подходящий ответ: 1) все время, 2) очень часто, 3) довольно часто, 4) иногда, 5) редко, 6) никогда.

2	Чувствовали ли Вы себя полным сил?	1	2	3	4	5	6
3	Нервничали ли Вы?	1	2	3	4	5	6
4	Чувствовали ли Вы себя настолько глубоко несчастным, что ничто не могло развеселить Вас?	1	2	3	4	5	6
5	Чувствовали ли Вы себя спокойным и умиротворенным?	1	2	3	4	5	6
6	Чувствовали ли Вы себя полным энергии?	1	2	3	4	5	6
7	Чувствовали ли Вы себя угнетенным и подавленным?	1	2	3	4	5	6
8	Чувствовали ли Вы себя опустошенным?	1	2	3	4	5	6
9	Были ли Вы счастливы?	1	2	3	4	5	6
10	Чувствовали ли Вы себя усталым?	1	2	3	4	5	6
11	Беспокоились ли Вы, что произойдет еще припадок?	1	2	3	4	5	6
12	Были ли у Вас трудности в решении проблем (таких как принятие решений, планы на будущее, изучение новых предметов)?	1	2	3	4	5	6
13	Мешало ли Вам состояние здоровья в повседневных делах (таких как посещения друзей или родственников)?	1	2	3	4	5	6
14	Каким было качество Вашей жизни в течение последних 4 недель?						
Очень хорошо. Лучше и не бывает						1	
Вполне хорошо						2	
В одинаковой степени и хорошо, и плохо						3	
Плохо						4	
Плохо. Хуже и не бывает.						5	
15	В течение последних 4 недель был ли у Вас проблемы с памятью?						
Да, значительные						1	

Да, некоторые		2
Весьма незначительные		3
Нет		4
16	Вам говорят, что Вы плохо запоминаете:	
Все время		1
Очень часто		2
Часто		3
Иногда		4
Весьма редко		5
Никогда		6
17	Было трудно сосредоточиться при чтении:	
Постоянно		1
Очень часто		2
Часто		3
Иногда		4
Редко		5
Никогда.		6
18	Было трудно сосредоточиться при выполнении какой-либо работы:	
Постоянно		1
Очень часто		2
Часто		3
Иногда		4
Редко		5
Никогда.		6

Далее приведены вопросы, касающиеся проблем, которые могут возникнуть при выполнении какой-либо деятельности. Укажите, в какой степени за последние 4 недели Ваша болезнь или прием противоэпилептических препаратов, приводили к проблемам.

19. При проведении свободного времени (хобби, походы в гости, по магазинам и так далее):	1. Очень значительно 2. Значительно 3. В средней степени 4. Немного 5. Не было проблем
20. При управлении автомобилем:	1. Очень значительно 2. Значительно 3. В средней степени 4. Немного 5. Не было проблем

Следующие вопросы касаются того, что Вы чувствуете в отношении своих припадков.

	Очень боюсь	Боюсь	Немного боюсь	Совсем не боюсь
21. Насколько сильно Вы боитесь припадка в следующем месяце	1	2	3	4
	Очень беспокоюсь	Иногда беспокоюсь	Совсем не беспокоюсь	
22. Беспокоитесь ли Вы, что можете нанести себе повреждения во время припадка	1	2	3	
	Очень беспокоюсь	Беспокоюсь	Немного беспокоюсь	Совсем беспокоюсь
23. Насколько сильно Вы беспокоитесь, что будет стыдно перед людьми, или возникнут другие социальные проблемы, если произойдет припадок. Например, в	1	2	3	4

следующем месяце?				
24. Как сильно Вы беспокоитесь, что принимаемые лекарства нанесут Вам вред при длительном приеме?	1	2	3	4

Для каждой из указанных ниже проблем отметьте, насколько она Вас беспокоит. Для этого укажите соответствующую цифру по шкале от 1 до 5, где 5 соответствует наибольшему беспокойству.

25. Припадки	1	2	3	4	5
26. Нарушения памяти	1	2	3	4	5
27. Ограничения и проблемы, связанные с работой	1	2	3	4	5
28. Социальные ограничения	1	2	3	4	5
29. Побочные действия противосудорожных препаратов (влияние на организм)	1	2	3	4	5
30. Побочное действие противосудорожных препаратов (влияние на психические процессы)	1	2	3	4	5

31. Насколько хорошим или плохим Вы считаете свое здоровье?

Отметьте Ваши впечатления о своем состоянии здоровья. Пожалуйста, при ответе на вопрос учитывайте влияние эпилепсии на Ваше здоровье.

100 - наилучший уровень здоровья, который только можно себе представить

0 - наихудший уровень здоровья, который только можно себе представить



Список пациентов

№	ФИО	№ и/б	Год	№	ФИО	№ и/б	год
1	А–ев В.В.	931	2018	57	К–ин Д.С.	377	2018
2	А–на К.А.	334	2018	58	К–на Е.Н.	444	2018
3	А–ва Т.В.	1310	2019	59	К–ва М.В.	932	2018
4	А–на Т.Е.	1279	2019	60	К–ва А.А.	1325	2019
5	А–ва Н.А.	261	2018	61	К–ев Д.А.	1597	2019
6	А–ая Ю.С.	1114	2019	62	К–ев И.И.	1701	2019
7	А–ов М.М.	125	2018	63	К–ва Н.В.	192	2018
8	А–ва В.Е.	296	2018	64	К–на А.И.	900	2018
9	Б–ин Д.С.	1025	2019	65	К–ин И.А.	432	2018
10	Б–ов Е.С.	925	2018	66	К–ий Н.М.	1250	2019
11	Б–ов Р.С.	1065	2019	67	К–ва Е.В.	512	2018
12	Б–ин И.Д.	1404	2019	68	Л–ко П.А.	610	2018
13	Б–на Ю.И.	1386	2019	69	М–ов Н.П.	1298	2019
14	Б–ва Л.А.	1467	2019	70	М–ов Р.Р.	420	2018
15	В–ва А.И.	1408	2019	71	М–ич В.А.	786	2018
16	В–ва Е.М.	1142	2019	72	М–ва В.М.	505	2018
17	В–ко П.М.	1455	2019	73	М–ва Ю.И.	1090	2019
18	В–ко Н.В.	934	2018	74	М–га И.В.	785	2018
19	В–ва Т.А.	1218	2019	75	Н–ва А.С.	799	2018
20	В–ва Е.А.	1175	2019	76	Н–ин А.С.	1498	2019
21	В–ок С.И.	1027	2019	77	Н–ко О.Ю.	718	2018
22	В–ен А.Д.	1185	2019	78	Н–ая А.К.	1697	2019
23	Г–ба Ю.Ю.	898	2018	79	О–ва А.	1714	2019
24	Г–ов М.В.	1180	2019	80	О–ов Р.В.	1802	2019
25	Г–ва В.А.	1472	2019	81	П–на Ю.В.	1491	2019
26	Г–ев А.Б.	1607	2019	82	П–яй Н.В.	1495	2019
27	Г–ва И.Л.	1190	2019	83	П–ва А.Н.	1809	2019

28	Г–яд Н.Н.	561	2018	84	П–ин В.А.	1963	2019
29	Г–ая О.В.	1682	2019	85	П–рь Н.В.	773	2018
30	Г–ев П.А.	1192	2019	86	П–ов М.С.	1188	2019
31	Г–ва М.А.	1113	2019	87	Р–ва О.А.	1373	2019
32	Г–ев А.А.	1585	2019	88	Р–ич В.А.	1189	2019
33	Д–ик С.С.	725	2018	89	С–ая А.С.	1646	2019
34	Д–ов Д.В.	1272	2019	90	С–ов Р.А.	1767	2019
35	Д–ая Н.С.	1791	2019	91	С–ов Н.А.	779	2018
36	Д–ва Е.В.	1409	2019	92	С–ва Л.В.	1161	2019
37	Е–ва О.В.	964	2019	93	С–ва С.В.	1558	2019
38	Е–ов Д.В.	913	2018	94	С–ин Н.Е.	1794	2019
39	Е–ов А.П.	1040	2019	95	Т–ов А.А.	529	2018
40	Е–ко И.А.	1730	2019	96	Т–ов Д.А.	1172	2019
41	Е–ов Е.А.	847	2018	97	Т–ов А.Л.	1158	2019
42	Ж–на Н.А.	557	2018	98	Т–на Е.П.	1199	2019
43	Ж–ов М.А.	910	2018	99	У–ва А.А.	1166	2019
44	Ж–ая Т.В.	1743	2019	100	У–ва Р.Н.	1438	2019
45	З–ра Д.А.	1751	2019	101	У–ко С.В.	952	2019
46	З–тц И.В.	1673	2019	102	Ф–ко Д.В.	664	2018
47	З–ов А.М.	1200	2019	103	Х–на Д.Д.	764	2018
48	З–ин А.А.	823	2018	104	Х–ва П.П.	908	2018
49	З–на Н.В.	1342	2019	105	Ч–ин И.М.	526	2018
50	И–ов С.А.	1047	2019	106	Ч–ов В.Е.	1658	2019
51	И–ва И.Н.	875	2018	107	Ч–ов А.А.	1267	2019
52	И–на Ю.Г.	1555	2019	108	Ч–ва Ю.С.	1425	2019
53	И–ва Д.А.	1134	2019	109	Ш–ва Т.А.	1704	2019
54	К–ов Е.В.	1105	2019	110	Ш–ов М.А.	1456	2019
55	К–ва Е.В.	685	2018	111	Ш–ва О.А.	1338	2019
56	К–ва Е.Д.	1302	2019	112	Я–ий М.А.	1699	2019