**ШОВА
НАТАЛЬЯ ИГОРЕВНА**

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

14.01.06. - психиатрия
14.01.11 - нервные болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт–Петербург
2021

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные руководители: доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации **Попов Юрий Васильевич**

доктор медицинских наук **Михайлов Владимир Алексеевич**

Официальные оппоненты: Нечипоренко Валерий Владимирович – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Помников Виктор Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «3» марта 2022 г. в 12:00 на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3) и на сайте: <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан «20» января 2022 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Яковлева Юлия Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Суицид является второй ведущей причиной смерти в возрастной группе лиц 15-29 лет во всем мире (ВОЗ, 2016). В 2012 году самоубийства составили 1,4% смертей в мире, заняв 15-е место среди всех причин смерти. Несмотря на то, что уровень суицидов в России уменьшился на 44,4% (с 35,0 в 2000 году до 19,5 на 100000 населения в 2012г.), в ряде регионов он по-прежнему превышает уровень, оцениваемый экспертами ВОЗ как критический (выше 70 случаев на 100000 населения) (ВОЗ, 2019).

Неослабевающий интерес исследователей всего мира направлен на изучение факторов, определяющих риск формирования суицидального поведения. В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях отмечается, что в значительной мере суицидальный риск связан с состоянием психического здоровья. По данным различных авторов, психические расстройства у суицидентов выявляются от 30 до 90% случаев (Нечипоренко В.В., 2007; Murphy G.E., 1982; Hoyer E.H., 2000, 2004; Joiner T., 2017; Bachmann S., 2018; Liu B., 2018). Оценка роли психической патологии в генезе суицидального поведения до настоящего времени остается неоднозначной.

Приведенные сведения подтверждаются данными о риске суицида при наиболее опасных в суицидологическом отношении психических заболеваниях. Так, при эндогенных депрессивных расстройствах он выше, чем в общей популяции, в 30 раз; при шизофрении – в 20 раз, при хронической алкогольной интоксикации – в 10 раз, при эпилепсии – в 4 раза (Зотов М.В., 2006; Положий Б.С., 2010; Пылаева О.А., 2013; Помников В.Г., 2017; Abraham N., 2019).

По данным Barraclough B. (Barraclough B., 1997) частота суицидов у больных эпилепсией в 4-5 раз выше, чем в общей популяции. Более того, 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. В структуре заболеваний психоневрологического профиля эпилепсия является одной из наиболее распространенных форм патологии нервной системы. Большинство исследователей указывают на то, что лица, страдающие данным недугом, имеют больший риск смерти, чем в общей популяции «здорового населения» (Полянский Д.А., 2003; Киссин М.Я., 2006; Mbizvo G.K., 2019). Главные причины смерти составляют: несовместимая с жизнью травма, полученная в результате падения; нарушения витальных функций как осложнение эпилептического статуса и самоубийства.

В настоящее время вопрос о конкретных факторах риска развития суицидального поведения среди пациентов, страдающих эпилепсией, не получил однозначного решения. Это свидетельствует об актуальности своевременного выявления базисных характеристик основного заболевания, сопутствующих непсихотических психических расстройств и социальных факторов, имеющих значение для возникновения суицидального поведения с целью его профилактики. Этому также способствует многогранность заболевания, уникальное сочетание неврологических, психологических, психиатрических проявлений; невозможность определения данной нозологии к одной специальности.

Рассмотрение данной тематики в рамках биопсихосоциальной парадигмы порождает ряд практических направлений, позволяющих выявить определенные характеристики в факторах риска формирования суицидальных намерений и создать дифференцированные программы профилактики суицидального поведения.

Цель исследования: выявление и изучение факторов риска формирования суицидального поведения больных эпилепсией.

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 антивитаальных переживаний у больных эпилепсией.

Научная новизна. Впервые на репрезентативной выборке произведено комплексное исследование по выявлению факторов риска формирования суицидального поведения у больных эпилепсией. Получены данные о достоверных различиях в социальных, клинических и психологических характеристиках больных эпилепсией, также определена взаимосвязь суицидогенных 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 профилактике самоубийств 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 мультидисциплинарного подхода с использованием современных методов исследования в этой области.

Для достижения поставленной цели и решения изучаемых задач было проведено обследование пациентов, проходивших стационарное лечение в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

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

На первом этапе осуществлялся набор больных. Проводилось однократное 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 или отсутствия актуальных суицидальных мыслей, из исследования исключались пациенты с попытками суицида в анамнезе и со значительными самоповреждениями, целью нанесения которых было переключение с психической на физическую боль. На момент поступления пациенты получали стабильную антиэпилептическую терапию, прием других психотропных препаратов приводил к исключению из 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. В соответствии с целью и задачами исследования было проведено комплексное обследование двух групп пациентов: с наличием (1 группа) и отсутствием (2 группа) суицидальных идеаций.

Кроме того, на протяжении первого этапа исследования с каждым пациентом проводилось психологическое интервью и стандартный клинико-неврологический осмотр (сбор жалоб и анамнеза заболевания, дополнительно суицидологического анамнеза, неврологический осмотр). Выдавался пакет со шкалами и опросниками, после инструктажа пациенту давалось 72 часа на заполнение. Психометрические исследования проводились 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.

На втором этапе исследования проводилась статистическая обработка материала. 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 использовался корреляционный анализ методом ранговых корреляций Спирмена.

На третьем этапе осуществлялась интерпретация результатов, полученных при статистической обработке исследуемого материала и сопоставление их с соответствующими данными литературы, проводилось обобщение полученных результатов и формулирование выводов исследования.

Соответствие принципам этики

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).

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 противоэпилептических 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 увеличивают склонность к суицидальным намерениям, ввиду невозможности конструктивного планирования своего будущего. Тип реагирования на заболевание тесно связан с риском развития суицидального поведения больных эпилепсией.

Реализация и внедрение результатов работы

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.

Степень достоверности и апробация диссертации.

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

Основные положения диссертационного исследования доложены и обсуждены на: XI Всероссийском съезде неврологов, IV Конгрессе национальной ассоциации по борьбе с инсультом (Санкт-Петербург, 2019); XVIII Всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения» (Санкт-Петербург, 2019); Юбилейной научно-практической конференции с российским и международным участием: «Ратнеровские чтения». Неврология как искусство. Междисциплинарный диалог (Казань, 2019); Научно-практической конференции «Школа неврологов Санкт-Петербурга и Северо-Западного Федерального округа РФ». «Инновации в клинической неврологии» (Санкт-Петербург, 2019); Научно-практической конференции «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход» (Санкт-Петербург, 2019); Конгрессе с международным участием XXI «Давиденковские чтения» (Санкт-Петербург, 2019); Международном конгрессе «Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств» (Санкт-Петербург, 2019); Первом форуме по предотвращению суицидов «скажи жизни ДА!» - IV научно-практическая конференция «Суицидология - актуальные проблемы, вызовы и современные решения» (Санкт-Петербург, 2019); 27 Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Санкт-Петербург, 2019); Вебинаре, посвященном Всемирному дню предотвращения самоубийств «Вместе в будущее» (Санкт-Петербург, 09.09.2020); Региональной научно-практической конференции в Северо-Западном федеральном округе «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход» (Калининград, 15.10.2020); Всероссийской научно-практической конференции «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); Региональной научно-практической конференции в Приволжском федеральном округе «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход» (Уфа, 19.11.2020); 14th World Congress on Controversies in Neurology (London, 29.10. – 01.11.2020); 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).

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

Вклад автора в проведенное исследование.

Автор лично проводил анализ отечественных и зарубежных научных публикаций 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 клиничко-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%.

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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Для решения поставленных задач всего было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов $33,21 \pm 12,25$ лет. Набор пациентов производился методом сплошной выборки (в общей когорте пациентов наблюдались больные с актуальными суицидальными мыслями) для обеспечения репрезентативности и однородности материала. Для исследования отбирались пациенты, соответствующие критериям включения и невключения.

Критерии включения: установленный диагноз эпилепсия из регистра МКБ-10; возраст 18-60 лет; пациенты, проходившие стационарное лечение в отделение; 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; длительный прием препаратов не относящихся к антиэпилептическим (нейролептики, антидепрессанты); пациенты после оперативного вмешательства по основному заболеванию и другие.

Пациенты были разделены на две группы. Критерием для разделения стало наличие суицидальных тенденций (наличие мыслей о самоубийстве): в первую группу вошли пациенты с суицидальными мыслями (41 человек, средний возраст респондентов – $32,20 \pm 11,31$, из них 15 мужчин (36,59%) в возрасте $29,33 \pm 9,18$ и 26 женщин (63,41%) в возрасте $33,85 \pm 12,23$); вторая группа – пациенты без суицидальных идеаций (71 человек, 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 варьирует от 1 года до 55 лет; длительность заболевания $14,63 \pm 11,90$).

Клинико-психологические шкалы и опросники:

1. Шкала выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, англ. Symptom Check List-90-Revised, Derogatis et. al., 1974);
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983);
3. Шкала семейного окружения (ШСО, Family Environmental Scale (FES), Moos R. H., 1974, в адаптации Куприянова С.Ю., 1985);
4. Фрайбургский личностный опросник (Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory, FPI, Fahrenberg J., Hampel R., Selg H., 1984);
5. Нейропсихологическое тестирование с использованием опросника QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-31, Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al., 1998);
6. Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ, Вассерман Л.И., Вукс А.А., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2005).

Шкалы оценки витальных и антивитальных факторов:

1. Опросник причин для жизни (Reasons for Living Inventory; Linehan M., 1983);
2. Опросник суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Разуваевой Т.Н. (Шмелев А.Г., 1992; Гуренкова Т.Н., 2009);
3. Шкала безнадёжности Бека (Beck A. et al., 1974).

Методы нейровизуализации: исследование групп пациентов проводилось при помощи метода магнитно-резонансной томографии, на аппарате «Philips ACHIEVE 1,5Тл».

Нейрофизиологическое исследование: проводилось стандартное электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) по общепринятой методике наложения электродов «10-20», на аппарате «Телепат-1», с оценкой монтажа по среднему монополярному методу.

Статистическая обработка. 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 использовался корреляционный анализ (коэффициент ранговых корреляций Спирмена).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди социально–бытовых факторов наиболее значимыми являлись:

1. наличие инвалидности по основному заболеванию: 65,8% (N=27) пациентов первой группы имеют инвалидность (II и III группы), во 2 группе 47,9% (N=3) (II и III группы), $p=0,05$;

2. низкий уровень образования (1 группа – среднее и среднее специальное образование 48,8% (N=20), неполное среднее у 17,1% (N=7), незаконченное высшее образование у 9,8% (N=4), высшее образование у 24,4% (N=10); 2 группа – среднее и среднее специальное образование 31,0% (N=22), высшее образование 33,08% (N=24), образование в «специализированных» учебных заведениях 4,2% (N=3), неполное среднее образование 14,1% (N=10), незаконченное высшее образование у 33,8% (N=24)). В 1 группе пациентов доля имеющих среднее и среднее специальное образование значимо выше, чем во 2 группе ($p\leq 0,05$); во 2 группе больше респондентов с высшим и неоконченным высшим образованием ($p\leq 0,05$).

3. отсутствие работы (1 группа – неработающие 78% (N=32), трудоустроены 22,0% (N=9); 2 группа – трудовая занятость отсутствует у 54,9% (N=39) пациентов, работают 45,1% (N=32), $p\leq 0,01$).

При анализе семейного статуса и наличия сиблингов достоверных различий не выявлено.

Большинство пациентов 1 группы имеют неполную семью (1 группа – 31,7% (N=13), ещё 7,3% (N=3) респондентов 1 группы являются сиротами; 2 группа – 4,2% (N=3), $p=0,01$. Семейные взаимоотношения характеризуют как дисгармоничные (практически все пациенты 2 группы (97,2%, N=69) охарактеризовали отношения в своих семьях как гармоничные (дисгармоничные в 2,8% (N=2)), в то время как в 1 группе около 39% (N=16) пациентов назвали отношения в своей семье дисгармоничными (гармоничные в 61,0% случаев, N=25), $p\leq 0,01$.

Среди пациентов 1 группы было больше 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), ($\phi^*= 2,009$; $p\leq 0,05$).

При анализе отягощенности наследственности по эпилепсии, психическим заболеваниям, суицидального поведения в семье, методов суицида у родственников и предпочитаемым методам суицида у респондентов достоверных различий не выявлено ($p>0,05$). Стоит отметить, что пациенты, страдающие от эпилепсии с суицидальными мыслями из всех возможных способов суицида склонны предпочитать отравление лекарственными препаратами – 25 пациентов (8 мужчин и 17 женщин), что составляет 61%, возможно, ввиду доступности данного метода. Способы самоубийства, выявленные методом интервью, не имели плана и носили предпочтительный характер.

При анализе периодического употребления алкоголя (без абстинентного синдрома, не более 2–3 раз в неделю) и психоактивных веществ выявлено что пациенты 1 группы достоверно чаще имели опыт употребления в анамнезе психоактивных веществ (1 группа – 14,63%, 2 группа

– 2,82%) ($\varphi^*=2,284$; $p\leq 0,05$) и периодически употребляют алкоголь (1 группа – 29,2%, 2 группа – 4,23%) ($\varphi^*=3,727$; $p\leq 0,01$).

Исходя из существования данных, свидетельствующих о влиянии физического (ФН) и психологического (ПН) насилия на формирование суицидального поведения, нами также были проанализированы данные по наличию в анамнезе пациентов, страдающих от эпилепсии с суицидальными мыслями и без суицидальных идей данных видов насилия.

Нами было выявлено, что пациенты 2 группы реже, чем пациенты 1 группы, испытывали как физическое (физические издевательства, недостаточный уход в детстве и так далее), так и психологическое насилие (психологическое давление, угрозы, вербальные издевательства, оскорбления) 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, 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 ($\varphi^*=3,263$; $p\leq 0,01$).

При оценке клинического статуса пациентов выявлено, что в пациент 1 группы чаще жаловались на свое состояние, чем во 2 группе ($0,05\leq p\leq 0,01$). При оценке сопутствующей коморбидной соматической патологии, наличия в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения или черепно-мозговой травмы, достоверных различий не выявлено ($p>0,05$).

При проведении анализа характеристик основного заболевания выявлено, что большинство пациентов (61,6% пациентов, $N=69$) обеих групп имеют структурную эпилепсию ($p>0,05$). В обеих группах преобладающей формой эпилепсии является симптоматическая (1 группа – 58,5% ($N=24$) и 2 группа – 57,7% ($N=41$)). Около трети случаев в обеих группах составляет идиопатическая форма эпилепсии (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, $p>0,05$.

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% ($N=5$)) ($\varphi^*=2,534$; $p\leq 0,01$); при этом в 1 группе наиболее распространенным типом припадков является билатеральный тонико-клонический приступ с фокальным началом (73,2%, $N=30$). Во 2 группе пациентов второе место по представленности занимают фокальные моторные автоматизмы (21,1% случаев, $N=15$), третье - фокальные немоторные вегетативные приступы (14,1%, $N=10$). Значимых различий по частоте представленности различных припадков между группами выявлено не было, $p>0,05$.

Наклонность к серийному течению припадков в 1 группе выше, чем во 2-й (43,9%, $N=18$ и 23,9%, $N=17$ соответственно); $\varphi^*=2,172$; $p\leq 0,05$.

Различия по фармакорезистентности являются значимыми (1 группа – 56,1% ($N=23$), 2 группа – 42,3% ($N=30$), $p\leq 0,05$).

Наиболее распространенным видом эпилепсии по выборке в целом является фокальная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом (40,2% человек, $N=45$). На втором месте по представленности оказалась фокальная 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%, $N=17$; $\varphi^*=1,927$, $p\leq 0,05$). Третье место занимает 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%, $N=3$).

Выявлены определенные различия при оценке психопатологического статуса. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Коморбидные психические расстройства

Коморбидное психическое расстройство	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
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
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
Глищроидный тип изменения личности	15	36,6	10	14,1	25	22,3
Эксплозивный тип изменения личности	12	29,3	4	5,6	16	14,3
Паранойальный тип изменения личности	2	4,9	-	-	2	1,8
Шизоидный тип изменения личности	2	4,9	-	-	2	1,8
Психастенический тип изменения личности	3	7,3	-	-	3	2,7
Истероидный тип изменения личности	4	9,8	2	2,8	6	5,4

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). 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 различия по представленности депрессивного расстройства между группами пациентов являются статистически значимыми ($\phi^*=9,753$; $p \leq 0,01$).

Среди пациентов 1 группы большее число респондентов характеризуется эмоциональной лабильностью (70,7%, N=29) и наличием легких когнитивных нарушений (51,2%, N=21,2), нежели во 2 группе (22,5%, N=16; 16,9%, N=12). Различия между группами являются значимыми ($p \leq 0,01$). Изменения личности встречаются практически во всех случаях среди пациентов с суицидальными мыслями (92,7%, N=38). У большинства больных обеих групп отмечаются доминантные для эпилепсии изменения личности: глищроидность (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), паранойальный (1 группа – 4,9%, N=2; 2 группа – не выявлено) и шизоидный (1 группа – 4,9%, N=2; 2 группа – не выявлено). Различия между группами являются значимыми ($p \leq 0,01$).

В 1 группе политерапия составляет 80,5% случаев (N=33), во 2 группе 53,5% (N=38) ($\varphi^*=2,988$; $p\leq 0,01$). Большинство пациентов обеих групп принимают АЭП более 5 лет (1 группа – 65,9%, N=27; 2 группа – 57,7%, N=41).

В рамках исследования не удалось оценить влияние того или иного антиэпилептического препарата на риск формирования суицидальных намерений.

Нарушение приверженности терапии 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 ($\varphi^*=6,123$; $p\leq 0,01$).

По результатам МРТ головного мозга в 1 группе изменения гиппокампа локализованы 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)). В группе пациентов с суицидальными мыслями чаще, чем во 2 группе, изменения гиппокампа локализуются слева ($\varphi^*=2,243$; $p\leq 0,05$).

По результатам ЭЭГ 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). 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 между пациентами двух групп являются статистически значимыми ($\varphi^*= 2,335$; $p\leq 0,01$). По остальным показателям статистически значимых различий не выявлено.

Результаты опросника антисуицидальных мотивов представлены в таблице 2.

Таблица 2

Данные опросника антисуицидальных мотивов

Антисуицидальные мотивы:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна-Уитни	P
	M	δ	M	δ	M	δ		
«Мотивы, связанные с детьми»	4,93	1,34	4,59	1,38	5,13	1,28	1084,0	0,021
«Ответственность перед семьей»	4,70	1,03	4,19	1,09	5,00	0,87	810,0	0,000
«Выживание, умение справиться с ситуацией»	4,57	0,91	4,07	0,95	4,86	0,76	718,5	0,000
«Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки»	3,53	1,42	3,08	1,39	3,79	1,38	1044,5	0,013
«Опасения социального неодобрения»	3,47	1,40	3,17	1,42	3,64	1,36	-	-
«Опасения относительно совершения самоубийства»	3,10	1,30	2,92	1,16	3,21	1,38	-	-
«Выраженность антисуицидальных мотивов»	4,02	0,91	3,59	0,9	4,27	0,82	841,5	0,000

Примечание. M - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

У пациентов 1 группы значимость имеют только три антисуицидальных мотива: «мотивы, связанные с детьми» ($4,59\pm 1,38$ баллов, $p=0,021$); «ответственность перед семьей» ($4,19\pm 1,09$ баллов, $p=0,000$), а также «мотивы выживания и умения справиться с ситуацией» ($4,07\pm 0,95$ баллов, $p=0,000$). Для пациентов 1 группы «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» ($3,08\pm 1,39$ баллов), и «опасения социального

неодобрения» (3,17±1,42 баллов) 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 (4,27±0,82 баллов), чем в 1 (3,59±0,90 баллов), $p \leq 0,001$.

Наиболее выраженными факторами суицидального риска в 1 группе являются: «несостоятельность» (1 группа – 2,75±1,24, 2 группа – 1,90±1,08, $p=0,000$), «временная перспектива» (1 группа – 2,56±1,78 баллов, 2 группа – 1,35±1,43 баллов, $p=0,000$), «уникальность» (1 группа – 1,97±1,49 баллов, 2 группа – 1,18±1,30 баллов $p=0,004$), «максимализм» (1 группа – 1,02±1,01 баллов, 2 группа – 0,63±0,62 баллов $p=0,020$).

При анализе эмоционально–аффективных расстройств (по результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии) выявлено, что у пациентов 1 группы наблюдается субклинически выраженная тревога (9,09±4,29, 2 группа – 6,00±3,67, $p=0,000$), уровень депрессии находится на границе между нормой и субклинически выраженной депрессией (7,75±4,72, 2 группа – 4,97±3,30, $p=0,001$).

По результатам шкалы безнадежности Бека выявлено, что у пациентов 1 группы наблюдается легкая безнадежность (7,75±4,72 баллов, 2 группа – 3,81±3,35 баллов ($p \leq 0,001$)).

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 3.

Таблица 3

Данные шкалы выраженности психопатологической симптоматики

Показатели:	Общая выборка		1 группа		2 группа		U Манна-Уитни	P
	M	δ	M	δ	M	δ		
Соматизация	0,88	0,76	1,33	0,89	0,61	0,53	690,5	0,000
Обсессивность компульсивность	1,05	0,81	1,52	0,87	0,78	0,63	699,0	0,000
Межличностная сенситивность	0,88	0,73	1,16	0,83	0,72	0,62	968,0	0,003
Депрессия	0,88	0,77	1,39	0,88	0,58	0,50	592,5	0,000
Тревога	0,76	0,75	1,22	0,91	0,50	0,50	731,0	0,000
Враждебность	0,69	0,77	1,09	0,89	0,47	0,58	722,0	0,000
Фобичность	0,54	0,60	0,79	0,71	0,40	0,48	972,5	0,003
Паранойальность	0,65	0,69	0,98	0,84	0,47	0,51	908,0	0,001
Психотизм	0,48	0,59	0,75	0,79	0,32	0,37	893,0	0,001
GSI (общий индекс тяжести симптомов)	0,79	0,62	1,19	0,74	0,56	0,41	627,0	0,000
PSI (общее число утвердительных ответов)	71,5	56,6	107,7	66,60	50,6	36,7	633,5	0,000

Примечание. M - среднее значение; δ - среднеквадратичное отклонение

В ходе анализа данных, полученных по Фрайбургскому личностному опроснику, были выявлены некоторые различия между пациентами двух групп. Так, пациенты с суицидальными мыслями характеризуются более высоким уровнем «невротичности» (7,34±3,71 баллов), «спонтанной агрессивности» (6,17±2,64 балла), «депрессивности» (6,93±2,95 баллов), «раздражительности» (6,54±2,06 баллов) и «эмоциональной лабильности» (6,90±2,78 баллов), чем пациенты без суицидальных мыслей ($0,009 \leq p \leq 0,001$). Среди пациентов с суицидальными

мыслями большее число респондентов характеризуется эмоциональной лабильностью (около 71%), нежели во 2 группе. Различия между группами являются значимыми ($p \leq 0,01$).

По результатам шкалы семейного окружения 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 «конflikта» ($5,89 \pm 2,01$ 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 ($p > 0,05$).

Выявлено, что во всех группах пациентов доминирует «смешанный» (в диагностической зоне 2 – 3 шкалы) тип отношения к болезни. Он встречается в 49,1% случаев ($N=55$). На втором месте в 1 группе пациентов находится «диффузный» (в диагностической зоне более 3 шкал) тип отношения к болезни (31,7%, $N=13$), на третьем – «чистый» (в диагностической зоне 1 шкала) (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 ($p \leq 0,05$).

Сравнительный анализ типов отношения к болезни в двух группах выявил следующие статистически достоверные различия по преобладающим типам отношения к болезни: тревожный (1 группа – $15,32 \pm 7,42$ баллов, 2 группа – $10,66 \pm 7,64$ баллов), ипохондрический (1 группа – $13,61 \pm 8,54$ баллов, 2 группа – $9,31 \pm 5,06$ баллов), неврастенический (1 группа – $12,85 \pm 8,70$ баллов, 2 группа – $8,48 \pm 7,57$ баллов), меланхолический (1 группа – $11,56 \pm 10,01$ баллов, 2 группа – $6,28 \pm 5,83$ баллов), апатический (1 группа – $8,83 \pm 7,65$ баллов, 2 группа – $4,24 \pm 5,40$ баллов), эгоцентрический (1 группа – $12,81 \pm 6,47$ баллов, 2 группа – $8,24 \pm 4,57$ баллов), паранойяльный (1 группа – $9,02 \pm 5,22$ баллов, 2 группа – $6,25 \pm 4,90$ баллов) и дисфорический (1 группа – $10,07 \pm 7,43$ баллов, 2 группа – $5,73 \pm 5,47$ баллов) типы отношения к болезни ($0,010 \leq p \leq 0,000$).

По результатам опросника качества жизни больных эпилепсией, все полученные значения обеих групп находятся на среднем уровне, в результате сравнительного анализа с помощью критерия U-Манна-Уитни 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).

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. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4

Взаимосвязь показателей тревоги, депрессии и безнадежности с антисуицидальными мотивами

Антисуицидальные мотивы:	Тревога (HADS)		Депрессия (HADS)		Шкала безнадежности	
	r	p	r	p	r	p
«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.

Было обнаружено, что уровень тревоги и 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.

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 в группе без суицидальной активности.

В дальнейшем проводился анализ взаимосвязи значимого мотива «выживание, умение справляться с ситуацией» и психопатологической симптоматикой по результатам симптоматического психопатологического опросника. Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5

Взаимосвязь антисуицидального мотива выживания с психопатологической симптоматикой

Показатели психопатологического опросника	Выживание, умение справляться с ситуацией	
	r	p
Соматизация	-,199*	,035
Обсессивность-компульсивность	-,255**	,007
Межличностная сенситивность	-,320**	,001
Депрессия	-,390**	,000
Тревожность	-,226*	,017
Враждебность	-,233*	,014

Фобическая тревожность	-,147	,121
Паранойальные 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, связанный с межличностным взаимодействием пациента, также менее выраженными оказываются депрессия, тревожность, враждебность и избегающий стиль жизни ($p=0,035-0,001$).

При анализе взаимосвязи показателей опросника суицидального риска и тревоги, депрессии, уровня безнадежности, получены следующие результаты, представленные в таблице 6.

Таблица 6

Взаимосвязь показателей тревоги, депрессии и безнадежности с суицидальным риском

Факторы суицидального риска:	Тревога		Депрессия		Шкала безнадежности	
	r	P	r	p	r	p
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 с выраженными показателями по шкале «несостоятельности» ($r=0,449$, $p\leq 0,003$) и «временной перспективы» ($r=0,370$, $p\leq 0,017$); высокий уровень безнадежности – с высоким уровнем «несостоятельности» ($r=0,486$, $p\leq 0,001$) и «временной перспективы» ($r=0,595$, $p\leq 0,000$).

Также выявляется связь высокого уровня тревоги с антисуицидальным фактором, который способен снимать глобальный суицидальный риск даже при высокой выраженности всех остальных факторов. Полученные данные позволяют предположить, что высокий уровень тревоги в совокупности с выраженным антисуицидальным фактором могут выступать в качестве силы, препятствующей формированию суицидального поведения.

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, 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 ($r=-0,466$; $p\leq 0,000$).

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 ($r=-0,323$; $p\leq 0,000$).

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 ($p\leq 0,000$). Результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7

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

Показатели	Тревога		Депрессия		Шкала безнадежности	
	r	p	r	p	r	p
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 сенситивность	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 $p < 0,01$

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 8.

Таблица 8

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

Показатели личностного опросника	Тревога		Депрессия		Шкала безнадежности	
	r	p	r	p	r	p
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.

Шкала тревоги образует положительные взаимосвязи с такими шкалами Фрайбургского личностного опросника, как: «невротичность» ($r=0,477$; $p \leq 0,000$), «депрессивность» ($r=0,532$; $p \leq 0,000$), «раздражительность» ($r=0,391$; $p \leq 0,000$), «застенчивость» ($r=0,362$; $p \leq 0,000$), «открытость» ($r=0,271$; $p \leq 0,004$) и «эмоциональная лабильность» ($r=0,547$; $p \leq 0,000$), а также отрицательные со шкалами «общительность», «уравновешенность», «экстраверсия» и «маскулинность-феминность».

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 «общительность» и «уравновешенность».

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.

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 глишроидному 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 антивитальным 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 впадает 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 агомелатина, тразодона, циталопрама, сертралина 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, направленной на выход из кризисного состояния и стабилизацию эмоционального статуса.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в изданиях, рекомендованных Высшей Аттестационной Комиссией при Министерстве образования и науки Российской Федерации:

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

2. **Шова Н.И.** Современный взгляд на проблему формирования суицидального поведения у пациентов с фармакорезистентной формой эпилепсии в послеоперационном периоде (литературный обзор) / **Н.И. Шова**, В.А. Михайлов, Г.В. Одинцова, А.К. Дружинин, Ю.В. Попов, А.Ю. Улитин // Трансляционная медицина. – 2019. – 6(2). – С. 5-11.

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

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

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

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

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

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

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

Другие научные публикации:

10. **Шова Н.И.** Роль психопатологических нарушений в вероятности развития суицидального поведения и намерений у больных эпилепсией / В.А. Михайлов, А.К. Дружинин, **Н.И. Шова** // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2018. – Т. 10. – № 5. – С. 170-171.

11. Шова, Н.И. Социальный «климат» семьи как фактор риска суицидальных намерений у пациентов с эпилепсией / Н.И. Шова, В.А. Михайлов, А.К. Дружинин, Ю.В. Попов // Актуальные вопросы суицидологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Иркутск. – 2019. – С. 207-215.
12. Шова Н.И. Особенности поведения у пациентов с фармакорезистентной формой эпилепсии и суицидальными намерениями перед оперативным вмешательством / Н.И. Шова, В.А. Михайлов, Г.В. Одинцова, А.К. Дружинин, С.М. Малышев // XXI Давиденковские чтения. Сборник тезисов. – 2019. – С. 364 – 365.
13. Шова Н.И. Характер семейных взаимоотношений как фактор риска формирования суицидального поведения у пациентов с эпилепсией / Н.И. Шова, В.А. Михайлов, Ю.В. Попов, А.К. Дружинин // XXI Давиденковские чтения. Сборник тезисов. – 2019. – С. 365 – 366.
14. Шова Н.И. Гендерные особенности у пациентов с эпилепсией как фактор риска суицидальных намерений / Н.И. Шова, В.А. Михайлов, Ю.В. Попов, А.К. Дружинин // XXI Давиденковские чтения. Сборник тезисов. – 2019. – С. 367.
15. Шова Н.И. Суицидальные намерения у пациентов с фармакорезистентной формой эпилепсии в предоперационном периоде (на примере клинического случая) / Н.И. Шова, В.А. Михайлов, Г.В. Одинцова, А.К. Дружинин, С.М. Малышев // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2019. – Т. 10. – № 5. – С. 222.
16. Шова Н.И. Влияние непсихотических психических расстройств на уровень качества жизни у больных постинсультной эпилепсией / А.К. Дружинин, В.А. Михайлов, Н.И. Шова // 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.
17. Шова Н.И. Нейрофизиологический анализ фрактальных индексов ЭЭГ у больных эпилепсией с наличием кисты эпифиза / А.К. Дружинин, В.А. Михайлов, Е.А. Корсакова, Н.И. Шова // 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.
18. Шова Н.И. Особенности патогенеза постинсультной эпилепсии в пожилом возрасте / А.К. Дружинин, В.А. Михайлов, Н.И. Шова // 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.
19. Шова Н.И. Особенности и результаты восстановительного лечения непсихотических психических расстройств у больных постинсультной эпилепсией / В.А. Михайлов, А.К. Дружинин, Н.И. Шова // 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.
20. Шова Н.И. Факторы риска суицидальной активности пациентов с эпилепсией / В.А. Михайлов, Н.И. Шова, А.К. Дружинин, Ю.В. Попов // 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.
21. Шова Н.И. Суицидологический паспорт эпилепсии. / Н.И. Шова, В.А. Михайлов, А.К. Дружинин, Ю.В. Попов // В сборнике: Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств. Материалы Международного конгресса. – 2019. – С. 83.
22. Шова Н.И. Биопсихосоциодуховный подход в семейной адаптации больных эпилепсией / В.А. Михайлов, О.Н. Якунина, Н.И. Шова // 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.
23. Шова Н.И. Динамика степени выраженности депрессивного расстройства на клиническом примере пациента с эпилепсией и суицидальными попытками до и после

VNS–терапии / Н.И. Шова, В.А. Михайлов, Г.В. Одинцова, С.А. Коровина // Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. – 2020. – Т. 12. – № 5. – С. 17.

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

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

МРТ – 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