

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.853:616.891.6:616.8-008.64:616.89-008.441.44

Для цитирования: Шова Н.И., Михайлов В.А., Большакова А.К. Непсихотические психические расстройства и риск формирования суицидального поведения у больных эпилепсией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 4 (121). С. 110-117. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-110-117](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-110-117)

Непсихотические психические расстройства и риск формирования суицидального поведения у больных эпилепсией

Шова Н.И., Михайлов В.А., Большакова А.К.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Россия, 193019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

РЕЗЮМЕ

Введение. Эпилепсия – распространённое хроническое неврологическое заболевание, связанное не только с определенным бременем жизни, социальной маргинализацией и стигматизацией, но и с коморбидными психическими расстройствами. **Цель:** выявление особенностей клинических проявлений суицидального поведения у пациентов с эпилепсией. **Материалы и методы.** На базе отделения лечения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» обследовано 80 больных эпилепсией в возрасте 18-60 лет. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия суицидальных мыслей в возрасте 18-60 лет. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия суицидальных мыслей, 1-я группа – больные (n=45) эпилепсией без суицидальных мыслей, 2-я группа – больные (n=35) эпилепсией с пассивными суицидальными тенденциями. В исследовании использовались шкалы и опросники с целью верификации аффективных нарушений и суицидального риска (опросник выраженности психопатологической симптоматики, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник Причины для жизни, опросник суицидального риска). Обработка результатов включала количественный и качественный анализ полученных данных. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ SPSS.23 и Excel. Параметрические данные оценивались с помощью методов описательной статистики (вычисление средних значений, средних квадратичных отклонений, анализ частот). Для параметрических данных статистическая значимость различий между показателями групп исследования оценивалась на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических – U-критерия Манна-Уитни и ϕ^* -углового преобразования Фишера. Статистические гипотезы проверялись на уровне статистической значимости $p=0,05$. Дополнительно использовался корреляционный анализ (коэффициент ранговых корреляций Спирмена). **Результаты.** У пациентов с суицидальными мыслями выявлена более низкая значимость антисуицидальных мотивов, чем у пациентов без суицидальных идеаций. Обнаружена статистически значимая прямая связь между выраженностью аффективных нарушений и степенью суицидального риска. **Заключение.** В связи с тем, что депрессия при эпилепсии часто не соответствует критериям стандартных депрессивных расстройств, для её своевременного выявления необходимо применение более расширенных шкал и опросников, а также совместная курация пациентов как неврологами, так и психиатрами.

Ключевые слова: эпилепсия, непсихотические психические расстройства, суицидальное поведение, тревога, депрессия.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно опубликованным эпидемиологическим данным, распространенность эпилепсии составляет около 50 миллионов человек во всем мире [1]. Эпилепсия связана не только с ограниченными возможностями трудоустройства, более низким уровнем дохода, низкой вероятностью найти спутника жизни, социальной маргинализацией и стигматизацией, но и с рядом психических и соматических коморбидных расстройств, вследствие чего ожидаемая продолжительность жизни таких пациентов снижается.

Аффективные расстройства широко распространены среди пациентов, страдающих эпилепсией, но в связи с методологическим несоответствием в различных исследованиях частота возникновения аффективных расстройств точно не ясна [2, 3]. Такие аффективные расстройства как униполярная депрессия и биполярное аффективное расстройство у пациентов с эпилепсией встречаются в целом чаще, чем в общей популяции [4]. При этом распространенность депрессии выше, чем биполярного аффективного расстройства [5].

Б.С. Положим (2010) была разработана интегративная теория суицидального поведения, включающая этиопатогенетический (механизмы возникновения) и клиничко-динамический (динамика суицидального поведения) блоки. В рамках данной концепции суицид рассматривается как генетически обусловленный паттерн поведения. Это подтверждается результатами зарубежных исследований, показавших наличие самостоятельных механизмов наследования суицидального поведения [6]. В последние годы появились свидетельства того, что регуляторные пептиды, в первую очередь кортикотропин-рилизинг-фактор, вовлечены в патогенез суицидального поведения [7]. Также было установлено, что склонность к совершению самоубийства тесно ассоциирована с мутациями генов *SLC6A4* и *COMT* [8, 9], контролирующих нейромедиаторный обмен. Наряду с этим мнением не менее интересным является факт общности генетической основы эпилепсии и депрессии. Рядом исследователей было показано, что данные патологии имеют совпадающую генетическую основу два плейотропных гена (*CD3G* и *SLCO3A1*) [10].

Широко обсуждается вопрос, действительно ли депрессия при эпилепсии представляет собой сопутствующую патологию или её следует рассматривать как естественную и адекватную реакцию на предстоящую жизнь с диагнозом. Возможно, одной из причин, по которой неврологи не диагностируют депрессию у пациентов с эпилепсией, является мнение, что депрессивные симптомы являются адекватным ответом на бремя жизни с эпилепсией. Так, известно, что на фоне выраженной психопатологической симптоматики у пациентов с эпилепсией формируются дистармоничные формы отношения к болезни, которые являются социально неблагоприятными. Наиболее часто доминирует сенситивный тип отношения к болезни, что приводит к колебаниям настроения, главным образом связанным с межличностными контактами [11].

Имеется ряд доказательств того, что депрессия при эпилепсии часто не соответствует критериям стандартных депрессивных расстройств и не является при помощи общепринятых шкал и опросников, направленных на диагностику депрессии, в связи с чем рядом авторов она выделяется как отдельная категория депрессивного расстройства [12].

Суицид является одной из основных причин летального исхода среди пациентов с эпилепсией [13]. Приводятся данные, что в течение жизни у 19% больных эпилепсией возникают суицидальные намерения [14]. Обоснован вывод о том, что на данный момент времени нет однозначного подтверждения причинно-следственной связи между

приёмом антиэпилептических препаратов и риском совершения самоубийства [15]. Вместе с тем опубликованы данные, свидетельствующие о том, что риск возникновения депрессии повышается при снижении уровня комплаенса в приверженности противоэпилептической терапии [16].

Идентификация пациентов с эпилепсией, страдающих от трудностей в процессе социальной адаптации, позволит предпринять своевременное и адекватное лечение, а также поможет выявить лиц, которые подвержены особому риску самоубийства.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление особенностей клинических проявлений суицидального поведения у пациентов с эпилепсией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 80 больных эпилепсией, проходивших стационарную терапию в отделении лечения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, в возрасте 18-60 лет. В зависимости от наличия суицидальных мыслей на момент проведения клинического интервью все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 45 больных эпилепсией без суицидальных мыслей, из которых 25 мужчин (55,56%) и 20 женщин (44,44%); 2-я группа – 35 пациентов, страдающих эпилепсией, с пассивными суицидальными тенденциями (без плана совершения самоубийства), из которых 15 мужчин (42,86%) и 20 женщин (57,14%).

В ходе исследования использовались опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, 1974), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, 1983), опросник Причины для жизни (Reasons for Living Inventory; Linehan M., 1983), опросник суицидального риска А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой (Шмелев А.Г., 1992; Гуренкова Т.Н., 2009).

С целью оценки суицидального риска и определения факторов суицидального поведения в клиничко-диагностической практике используется обширное количество методик психологического тестирования, в частности SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised SBQ-R). Анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что эти опросники не апробированы на выборках больных эпилепсией.

В рамках предпринятого нами пилотного исследования по выявлению факторов риска формирования суицидального поведения у больных эпилепсией использовался опросник суицидального риска (Шмелев А.Г., 1992) в адаптированной модификации (Разуваева Т.Н., 1993) По результатам исследования с помощью данного опросника выявлены статистически значимые различия.

Математико-статистическая обработка проводилась при помощи прикладного пакета SPSS 23 и Excel. Параметрические данные оценивались с помощью методов описательной статистики (вычисление средних значений, средних квадратных отклонений, анализ частот). Для параметрических данных статистическая значимость различий между показателями групп исследования оценивалась на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических – U-критерия Манна-Уитни и ϕ^* -углового преобразования Фишера. Статистические гипотезы проверялись на уровне статистической значимости $p=0,05$. Дополнительно использовался корреляционный (коэффициент ранговых корреляций Спирмена) анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Установлено, что в общей выборке больных эпилепсией суицидальные намерения высказывали менее половины ($n=35$, 43,7%) респондентов. Средний возраст пациентов 2-й группы ($34,9 \pm 11,8$ года) превышал средний возраст больных 1-й группы ($28,3 \pm 9,6$ года). У больных 2-й группы начало заболевания приходилось на более ранний средний возраст по сравнению с больными 1-й группы (11 ± 5 лет против $28,2 \pm 9,5$ года). При этом средняя длительность заболевания во 2-й пациентов группы оказалась выше, чем в 1-й группе ($20,6 \pm 12,3$ года против $18,2 \pm 10,3$ года).

При анализе характеристик основного заболевания было выявлено, что у пациентов с суицидальными тенденциями эпилептические приступы происходят чаще, чем у пациентов без суицидальных мыслей. В соответствии с результатами сравнительного анализа частоты приступов у пациентов с суицидальными идеациями установлена более высокая статистически значимая частота ежедневных припадков, чем у пациентов без суицидальных мыслей ($\phi^*=2,534$; $p \leq 0,01$). Наиболее представленными являются фокальные формы

эпилепсии, с меньшей частотой встречаемости зарегистрированы первично-генерализованные формы эпилепсии. Основываясь на полученных данных, можно констатировать, что склонность к серийному течению заболевания в группе пациентов с суицидальными идеациями выше, чем у пациентов без суицидальных мыслей (43,9% и 23,9%). При этом выявленные различия между группами являются статистически значимыми ($\phi^*=2,172$; $p \leq 0,05$). Кроме того, в группе пациентов с суицидальными мыслями количество пациентов с фармакорезистентностью оказалось статистически значимо ($p \leq 0,05$) выше.

На следующем этапе проведено психометрическое тестирование с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (табл. 1), продемонстрировавшее статистически значимые межгрупповые различия.

Т а б л и ц а 1. Распределение результатов психометрического обследования пациентов с эпилепсией по Госпитальной шкале тревоги и депрессии

Показатель по шкале HADS	1-я группа (без суицидальных мыслей, $n=45$)	2-я группа (пассивные суицидальные тенденции, $n=35$)
Оценка уровня тревоги	$5,28 \pm 3,15$	$8,71 \pm 5,18$
Оценка уровня депрессии	$4,28 \pm 2,86$	$7,07 \pm 3,68$

Анализ психодиагностики эмоционально-аффективных расстройств показал, что у пациентов 2-й группы чаще наблюдалась субклинически выраженная тревога ($p=0,000$), уровень депрессии чаще находятся на границе между нормой и субклинически выраженной депрессией ($p=0,001$).

Сравнительные результаты выраженности психопатологической симптоматики с использованием SCL-90-R представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2. Распределение результатов психометрического обследования пациентов с эпилепсией по опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)

Шкала опросника SCL-90-R	1-я группа (без суицидальных мыслей, $n=45$)	2-я группа (пассивные суицидальные тенденции, $n=35$)	U-критерий Манна-Уитни	p-критерий
Соматизация	$0,46 \pm 0,43$	$1,59 \pm 1,00$	690,5	0,000
Обсессивность-компульсивность	$0,65 \pm 0,68$	$1,68 \pm 0,87$	699,0	0,000
Интровертированность	$0,81 \pm 0,70$	$1,29 \pm 0,91$	968,0	0,003
Депрессивность	$0,52 \pm 0,44$	$1,78 \pm 1,00$	592,5	0,000
Тревога	$0,39 \pm 0,48$	$1,48 \pm 1,00$	731,0	0,000
Враждебность	$0,49 \pm 0,80$	$1,39 \pm 0,99$	722,0	0,000
Фобичность	$0,29 \pm 0,34$	$0,96 \pm 0,89$	972,5	0,003
Паранойяльность	$0,67 \pm 0,77$	$1,07 \pm 0,98$	908,0	0,001
Психотизм	$0,29 \pm 0,21$	$0,88 \pm 0,96$	893,0	0,001
GSI. Общий балл индекса	$0,50 \pm 0,41$	$1,43 \pm 0,82$	627,0	0,000
PSI. Индекс проявления симптоматики	$45,2 \pm 37,18$	$129,4 \pm 74,90$	633,5	0,000

Анализ данных, полученных с использованием опросника выраженности психопатологической симптоматики, продемонстрировал более высокие показатели по всем шкалам SCL-90-R и по индексам GSI и PSI во 2-й группе пациентов по сравнению с таковыми в 1-й группе. Выявленные меж-

групповые различия были статистически значимыми ($0,003 \leq p \leq 0,000$).

Результаты психодиагностического тестирования больных эпилепсией с применением опросника антисуицидальных мотивов Причины для жизни представлены в таблице 3.

Т а б л и ц а 3. Распределение результатов психометрического обследования пациентов с эпилепсией по опроснику антисуицидальных мотивов

Антисуицидальный мотив	1-я группа (без суицидальных мыслей, n=45)	2-я группа (пассивные суицидальные тенденции, n=35)	U-критерий Манна-Уитни	p-критерий
Выживание, умение справляться с ситуацией	4,92	3,91	1084,0	0,021
Ответственность перед семьей	5,19	4,06	810,0	0,000
Мотивы, связанные с заботой о детях	5,31	4,83	718,5	0,000
Опасения относительно совершения самоубийства	3,63	2,59	1044,5	0,013
Опасения социального неодобрения	3,84	2,83	-	-
Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки	3,85	2,86	-	-
Выраженность антисуицидальных мотивов	4,46	3,51	841,5	0,000

У пациентов 1-й группы обнаружены более высокие показатели выраженности всех антисуицидальных мотивов и саморегуляции, чем у пациентов с суицидальными мыслями. Наибольшую значимость для пациентов обеих групп имеют три антисуицидальных мотива: ответственность за детей, ответственность перед семьей, убежденность в необходимости выживания и умение справляться с кризисной ситуацией ($p=0,021$, $p=0,000$, $p=0,000$). В группе пациентов без суицидальных идеаций показатели двух других антисуицидальных мотивов (моральные установки и запреты, противоречащие совершению суицидальной попытки, опасения социального неодобрения) находятся в диапазоне выше средних зна-

чений. В группе пациентов с суицидальными мыслями была выявлена статистически значимая ($r=0,324$; $p \leq 0,039$) положительная связь между мотивом выживания, умением справляться с кризисной ситуацией и длительностью течения эпилепсии. В группе пациентов без суицидальных идеаций была установлена статистически значимая ($r=-0,316$; $p \leq 0,007$) отрицательная связь между длительностью основного заболевания и опасениями относительно совершения самоубийства.

На следующем этапе диагностики суицидального риска и определения уровня сформированности суицидальных намерений использовался опросник суицидального риска А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой (табл. 4).

Т а б л и ц а 4. Распределение результатов психометрического обследования пациентов с эпилепсией по опроснику суицидального риска

Показатель	1-я группа (без суицидальных мыслей, n=45)	2-я группа (пассивные суицидальные тенденции, n=35)	U-критерий Манна-Уитни	p-критерий
Социальный пессимизм	3,465±1,59	3,610±1,43	-	-
Аффективность	2,648±1,50	3,098±1,59	-	-
Несостоятельность	1,901±1,08	2,756±1,24	887,0	0,000
Временная перспектива	1,352±1,43	2,561±1,78	871,5	0,000
Демонстративность	1,437±1,32	1,951±1,47	-	-
Уникальность	1,183±1,30	1,976±1,49	988,5	0,004
Слом культурных барьеров	0,915±0,63	1,049±1,16	-	-
Максимализм	0,634±0,62	1,024±1,01	1110,0	0,020
Антисуицидальный фактор	1,113±0,60	1,195±0,71	-	-

Выявление суицидальных намерений продемонстрировало, что наиболее выраженными факторами суицидального риска у пациентов обеих групп являются социальный пессимизм, аффективность и несостоятельность. Для пациентов 2-й группы важным фактором является невозмож-

ность конструктивного планирования будущего (диагностический концепт временная перспектива). Обнаружена статистически значимая ($r=-0,230$; $p \leq 0,015$) отрицательная связь между показателем социальный пессимизм и длительностью основного заболевания.

Далее с использованием Шкалы HADS была изучена взаимосвязь показателей тревоги и де-

прессии с антисуицидальными мотивами, полученные результаты представлены в таблице 5.

Т а б л и ц а 5. Распределение результатов определения взаимосвязи показателей тревоги и депрессии по шкале HADS с суицидальными мотивами у пациентов с эпилепсией

Антисуицидальный мотив	Тревога		Депрессия	
	г	р	г	р
Выживание, умение справляться с ситуацией	-0,307**	0,001	0,250**	0,008
Ответственность перед семьей	-0,183	0,053	-0,120	0,209
Мотивы, связанные с заботой о детях	-0,115	0,226	-0,003	0,977
Опасения социального неодобрения	-0,121	0,202	-0,133	0,162
Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки	-0,018	0,848	-0,017	0,859
Выраженность антисуицидальных мотивов	-0,149	0,117	0,194*	0,040

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость уровня корреляции: * – $p \leq 0,05$, ** – $p \leq 0,01$.

Из таблицы 5 видно, что уровни тревоги и депрессии имеют тесные обратные взаимосвязи с антисуицидальным мотивом выживания, умением управлять эмоциями и справляться с критической ситуацией, а повышение уровня депрессии у пациентов взаимосвязано со снижением выраженности антисуицидальных мотивов в целом. У пациентов 1-й группы высокий уровень депрессии и безнадёжности в преодолении стрессовых событий характеризуется положительной связью с такими антисуицидальными мотивами как личностная несостоятельность и временная перспектива, а высокий уровень тревоги имеет тесную связь с антисуицидальными мотивами аффективность и уникальность. Вместе с тем и во 2-й группе были выявлены схожие взаимосвязи между показателями Госпитальной шкалы тревоги и депрессии и показателями Опросника суицидального риска, в частности положительные взаимосвязи между высоким уровнем тревоги и антисуицидальными мотивами аффективность, уникальность, жизненная несостоятельность, временная перспектива, а также между высоким уровнем депрессии и антисуицидальным фактором аффективность.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные нами результаты при анализе эмоционально-аффективных расстройств согласуются с имеющимися в литературе данными о том, что существует двунаправленная взаимосвязь, с одной стороны, между депрессией и суицидальными поведением и эпилепсией – с другой. Таким образом, у пациентов с эпилепсией и суицидальными мыслями уровни тревоги и депрессии выше, чем в группе пациентов с эпилепсией без суицидальных мыслей, что подтверждается фактом того, что появление одного из этих состояний достоверно увеличивает риск развития другого. Следовательно, данные состояния, вероятно, имеют общие патогенетические механизмы, влияющие на течение болезни [17].

Кроме того, у пациентов с эпилепсией и суицидальными намерениями по мере повышения продолжительности болезни помимо психической напряженности, тревожности, страха неудач и фрустрации формируется дистресс-синдром, характеризующийся истощением психических и физических ресурсов организма, дезорганизацией деятельности и поведения [18].

Начальный этап формирования суицидального поведения у пациентов с эпилепсией характеризуется сочетанием физической и/или эмоциональной боли с чувством безнадёжности, а именно состоянием безысходности с твердой убежденностью в невозможности перемен к лучшему и уверенностью, что длительность мучительных ощущений совпадет с продолжительностью жизни. Данный факт подтверждается полученными нами данными о том, что снижение значимости антисуицидальных мотивов, связанных с социальным неодобрением и моральными установками и опасениями относительно совершения самоубийства среди пациентов с эпилепсией и суицидальными идеациями, может свидетельствовать о связи между длительностью течения заболевания и социальной дезадаптацией в начале заболевания, а также о том, что со временем пациенты начинают переживать меньше опасений, связанных с суицидом (испытывают чувство безнадёжности и безысходности, отсутствие жизненных перспектив). Формированию и персистенции чувства безнадёжности и бесперспективности, по мнению некоторых авторов, способствуют следующие факторы: отсутствие контроля над поступками, нежелательные побочные явления при приеме лекарств, стигматизация, потеря независимости, связанная с необходимостью пожизненной фармакотерапии и/или нуждаемостью в посторонней помощи, ухудшение социальных взаимоотношений и материального состояния, недоступность специализированной медицинской помощи [19].

Данные триггерные факторы нашли подтверждение в нашем исследовании. Установлено, что у пациентов с суицидальными мыслями с более высокой частотой происходят эпилептические приступы, в том числе приступы могут носить ежедневный характер, чаще являются серийными и имеют фармакорезистентное течение.

Рядом авторов рассматриваются переменные, которые способны повлиять на снижение риска перехода от суицидальных мыслей к совершению попытки самоубийства – это так называемые антисуицидальные факторы [20]. Их роль заключается в противодействии принятию индивидом решения совершить суицидальную попытку. Основываясь на выявленной значимой положительной связи у пациентов с суицидальными мыслями между увеличением длительности эпилепсии, нарастанием выраженности антисуицидального мотива выживания и снижением социального пессимизма в виде повышения самооценки и уверенности в своих силах, можно предположить, что нарастание длительности заболевания ведет к большей убежденности пациентов в необходимости преодоления существующих проблем, выработке умения справляться с возникающими ситуациями, восприятию мира как менее враждебного – следовательно, происходит принятие своего заболевания, что и приводит к более позитивной концепции окружающего мира.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с эпилепсией сложное взаимодействие между фоном настроения, приступами, медикаментозным лечением и психосоциальным бременем, связанным с заболеванием, позволяет предположить, что неврологи играют ключевую роль в своевременном выявлении и лечении депрессии в данной когорте больных. Рекомендуется одновременное соблюдение рекомендаций как по лечению эпилепсии, так и по коморбидным расстройствам. В целом биопсихосоциальная модель наиболее подходящим образом охватывает имеющиеся данные с точки зрения этиологии и лечения депрессии при эпилепсии.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования или иной спонсорской помощи при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование одобрено на заседании Независимого этического комитета при «Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (протокол этического комитета № 1 от 28 января 2019 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kroner BL, Fahimi M, Gaillard WD, Kenyon A, Thurman DJ. Epilepsy or seizure disorder? The effect of cultural and socioeconomic factors on self-reported prevalence. *Epilepsy Behav.* 2016 Sep; 62:214-7. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.07.013. Epub 2016 Aug 3. PMID: 27494358.
2. Lu E, Pyatka N, Burant CJ, Sajatovic M. Systematic literature review of psychiatric comorbidities in adults with epilepsy. *J Clin Neurol.* 2021 Apr; 17(2):176-186. doi: 10.3988/jcn.2021.17.2.176. PMID: 33835737; PMCID: PMC8053555.
3. Киссин М.Я., Селютина Е.В. Причины развития нозогенных психических расстройств у пациентов с эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2019. Т. 11, № 3. С. 293-297. Kissin MYa, Selyutina EV. Reasons for the development of nosogenic mental disorders in patients with epilepsy. *Epilepsy and Paroxysmal Conditions.* 2019. Т. 11, No. 3. P. 293-297. doi: 10.17749/2077-8333.2019.11.3.293-297 (in Russian).
4. Li J, Ledoux-Hutchinson L, Toffa DH. Prevalence of bipolar symptoms or disorder in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology.* 2022 May 10;98(19):e1913-e1922. doi: 10.1212/WNL.0000000000200186. Epub 2022 Mar 15. PMID: 35292556.
5. Kanner AM, Saporta AS, Kim DH, Barry JJ, Altalib H, Omotola H, Jette N, O'Brien TJ, Nadkarni S, Winawer MR, Sperling M, French JA, Abou-Khalil B, Alldredge B, Bebin M, Cascino GD, Cole AJ, Cook MJ, Detynecki K, Devinsky O, Dlugos D, Faught E, Ficker D, Fields M, Gidal B, Gelfand M, Glynn S, Halford JJ, Haut S, Hegde M, Holmes MG, Kalviainen R, Kang J, Klein P, Knowlton RC, Krishnamurthy K, Kuzniecky R, Kwan P, Lowenstein DH, Marcuse L, Meador KJ, Mintzer S, Pardoe HR, Park K, Penovich P, Singh RK, Somerville E, Szabo CA, Szaflarski JP, Lin Thio KL, Trinkka E, Burneo JG; Human Epilepsy Project. Mood and anxiety disorders and suicidality in patients with newly diagnosed focal epilepsy: an analysis of a complex comorbidity. *Neurology.* 2023 Mar 14;100(11):e1123-e1134. doi: 10.1212/WNL.0000000000201671. Epub 2022 Dec 20. PMID: 36539302; PMCID: PMC10074468.
6. Grimmond J, Kornhaber R, Visentin D, Cleary M. A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide. *PLoS One.* 2019 Jun 12;14(6):e0217568. doi: 10.1371/journal.pone.0217568. PMID: 31188855; PMCID: PMC6651633.
7. Menke A. Is the HPA Axis as target for depression outdated, or is there a new hope? *Front Psychiatry.* 2019 Feb 28;10:101. doi: 10.3389/fpsy.2019.00101. PMID: 30890970; PMCID: PMC6413696.
8. Webb LM, Phillips KE, Ho MC, Veldic M, Blacker CJ. The relationship between DNA methylation and antidepressant medications: a systematic review. *Int J Mol Sci.* 2020 Jan 28;21(3):826. doi: 10.3390/ijms21030826. PMID: 32012861; PMCID: PMC7037192.

9. González-Castro TB, Hernández-Díaz Y, Juárez-Rojop IE, López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA, Ramírez-Bello J, Pérez-Hernández N, Genis-Mendoza AD, Fresan A, Guzmán-Priego CG. The role of COMT gene Val108/158Met polymorphism in suicidal behavior: systematic review and updated meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018 Sep 28;14:2485-2496. doi: 10.2147/NDT.S172243. PMID: 30319259; PMCID: PMC6167979.
10. Lin H, Lin WH, Lin F, Liu CY, Che CH, Huang HP. Potential pleiotropic genes and shared biological pathways in epilepsy and depression based on gwas summary statistics. *Comput Intell Neurosci.* 2022 Apr 12;2022:6799285. doi: 10.1155/2022/6799285. PMID: 35463244; PMCID: PMC9019309.
11. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В. «Суицидологический паспорт» эпилепсии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2020. Т. 12, № 4. С. 226-236. Shova NI, Mikhailov VA, Odintsova GV. "Suicidological passport" of epilepsy. *Epilepsy and Paroxysmal Conditions.* 2020;12(4):226-236. doi: 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2020.042 (in Russian).
12. Gabb MG, Barry JJ. The link between mood disorders and epilepsy: why it is important to diagnose and treat. *Adv Stud Med.* 2005; 5: S572-S578. doi: 10.31887/DCNS.2008.10.1/amkanner
13. Abraham N, Buvanaswari P, Rathakrishnan R, Tran BX, Thu GV, Nguyen LH, Ho CS, Ho RC. A meta-analysis of the rates of suicide ideation, attempts and deaths in people with epilepsy. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Apr 24;16(8):1451. doi: 10.3390/ijerph16081451. PMID: 31022891; PMCID: PMC6518355.
14. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology.* 2004 Jan 27;62(2):258-61. doi: 10.1212/01.wnl.0000103282.62353.85. PMID: 14745064.
15. Mula M. Suicidality and antiepileptic drugs in people with epilepsy: an update. *Expert Rev Neurother.* 2022 May;22(5):405-410. doi: 10.1080/14737175.2022.2064744. Epub 2022 Apr 13. PMID: 35394392.
16. Yang Y, Yang M, Shi Q, Wang T, Jiang M. Risk factors for depression in patients with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsy Behav.* 2020 May; 106:107030. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107030. Epub 2020 Apr 2. PMID: 32248060.
17. Mula M. Epilepsy and depression: An update. *Archives of Medicine and Health Sciences.* 2019;7(1):104. doi: 10.4103/amhs.amhs_54_19
18. 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. Shova NI, Mikhailov VA. Anxiety disorder as a risk factor for suicidal ideation in patients with epilepsy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2019; 4 (105): 89-94. doi: 10.26617/1810-3111-2019-4(105)-89-94 (in Russian).
19. Verrotti A, Cicconetti A, Scorrano B, De Berardis D, Cotellessa C, Chiarelli F, Ferro FM. Epilepsy and suicide: pathogenesis, risk factors, and prevention. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008 Apr;4(2):365-70. doi: 10.2147/ndt.s2158. PMID: 18728742; PMCID: PMC2518384.
20. Yang L, Liu X, Chen W, Li L. A Test of the three-step theory of suicide among Chinese people: a study based on the ideation-to-action framework. *Arch Suicide Res.* 2019 Oct-Dec;23(4):648-661. doi: 10.1080/13811118.2018.1497563. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30024342.

Поступила в редакцию 05.09.2023

Утверждена к печати 13.11.2023

Шова Наталья Игоревна, к.м.н., старший научный сотрудник отделения лечения больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией и реабилитации пациентов с психосоматическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». SPIN-код 1952-3043. ResearcherID AAI-3755-2020. Author ID Scopus 57215893698. ORCID iD 0000-0003-3635-5850.

Михайлов Владимир Алексеевич, д.м.н., главный научный сотрудник и научный руководитель отделения лечения больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией и реабилитации пациентов с психосоматическими расстройствами, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». vladmikh@yandex.ru. SPIN-код 5563-1009. ResearcherID B-3272-2017. ORCID iD 0000-0002-7700-2704.

Большакова Алиса Константиновна, клинический ординатор отделения лечения больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». ORCID iD 0000-0002-1786-3916.



Шова Наталья Игоревна, skins_cassi@outlook.com

Большакова Алиса Константиновна, 98bolshakova@gmail.com

UDC 616.853:616.891.6:616.8-008.64:616.89-008.441.44

For citation: Shova N.I., Mikhailov V.A., Bolshakova A.K. Non-psychotic mental disorders and the risk for suicidal behavior in patients with epilepsy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2023; 4 (121): 110-117. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-110-117](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-110-117)

Non-psychotic mental disorders and the risk for suicidal behavior in patients with epilepsy

Shova N.I., Mikhailov V.A., Bolshakova A.K.

Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology"
Bekhterev Street 3, 192019, St. Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Epilepsy is a common chronic neurological disease associated not only with a certain burden of life, social marginalization and stigma, but also with comorbid mental disorders. **Objective:** to identify the characteristics of clinical manifestations of suicidal behavior in patients with epilepsy. **Materials and Methods.** Based on the Department of Treatment of Exogenous Organic Disorders and Epilepsy of V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, 80 patients with epilepsy aged 18-60 years were examined. Patients were divided into two groups depending on the presence of suicidal ideation at the time of the clinical interview. Group 1 – patients (n=45) with epilepsy without suicidal thoughts, Group 2 – patients (n=35) with epilepsy with passive suicidal tendencies. The study used scales and questionnaires to verify affective disorders and suicide risk (questionnaire for the severity of psychopathological symptoms, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Reasons for Living Inventory, suicide risk questionnaire). Processing of the findings included quantitative and qualitative analysis. Statistical processing of the material was carried out using SPSS.23 and Excel programs. Parametric data were assessed using descriptive statistics methods (calculation of average values, standard deviations, frequency analysis). For parametric data, the statistical significance of differences between the indicators of the study groups was assessed based on the Student's t-test, for non-parametric data – the Mann-Whitney U-test and Fisher's ϕ^* -angular transformation. Statistical hypotheses were tested at the level of statistical significance $p=0.05$. Additionally, correlation analysis was used (Spearman's rank correlation coefficient). **Results.** Patients with suicidal thoughts showed a lower significance of anti-suicidal motives than patients without suicidal ideation. A statistically significant direct relationship was found between the severity of affective disorders and the degree of suicide risk. **Conclusion.** Due to the fact, that depression in epilepsy often did not meet the criteria for standard depressive disorders, for its timely detection it was necessary to use more advanced scales and questionnaires, as well as joint supervision of patients both by both neurologists and psychiatrists.

Keywords: epilepsy, non-psychotic mental disorders, suicidal behavior, anxiety, depression.

Received September 05, 2023

Accepted November 13, 2023

Shova Natalya I., Cand.Sc. (Medicine), senior researcher, Department of Treatment of Patients with Exogenous-Organic Disorders and Epilepsy and Rehabilitation of Patients with Psychosomatic Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russian Federation. SPIN-code 1952-3043. ResearcherID AAI-3755-2020. Author ID Scopus 57215893698. ORCID iD 0000-0003-3635-5850.

Mikhailov Vladimir A., D.Sc. (Medicine), chief researcher and scientific director, Department of Treatment of Patients with Exogenous-Organic Disorders and Epilepsy and Rehabilitation of Patients with Psychosomatic Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russian Federation. vladmikh@yandex.ru. SPIN-code 5563-1009. ResearcherID B-3272-2017. ORCID iD 0000-0002-7700-2704.

Bolshakova Alisa K., clinical resident, Department of Treatment of Patients with Exogenous-Organic Disorders and Epilepsy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-1786-3916.

✉ Shova Natalya I., skins_cassi@outlook.com
Bolshakova Alisa K., 98bolshakova@gmail.com