

Реагирование на болезнь у пациентов, страдающих эпилепсией с суицидальными идеациями

Оригинальная статья

Шова Н.И.¹, Михайлов В.А.¹, Грановская Е.А.^{1,2}, Бочаров В.В.^{1,2}

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

² Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

Резюме. Суицидальное поведение характеризуется ответом личности на условия переживаемой кризисной ситуации. Неослабевающий интерес исследователей всего мира направлен на изучение факторов, определяющих риск формирования суицидальных намерений у больных эпилепсией. **Цель.** Определить основные типы отношения к болезни у больных эпилепсией с суицидальными мыслями. **Материалы и методы.** Обследовано 112 больных эпилепсией, разделенных на 2 группы в зависимости от наличия суицидальных мыслей на момент исследования: 1 группа — с суицидальными намерениями, 2 группа — без таковых. Использовалась методика «Тип отношения к болезни». **Результаты.** Таким образом, среди клинических факторов суицидального риска у больных эпилепсией значимым является тяжелое течение основного заболевания, которое проявляется частыми приступами, серийным течением и фармакорезистентностью. Выявлено, что для больных эпилепсией с суицидальными мыслями характерно наличие «смешанных» и «диффузных» типов отношения к болезни, с преобладанием дезадаптивных форм. Анализ «чистых» типов отношения к болезни в двух группах показал, что в группе пациентов с суицидальными мыслями меньше респондентов с «чистым» типом отношения к болезни, чем в группе пациентов без суицидальных идеаций. Наряду с эргопатическим и сенситивным типами во 2 группе пациентов также достаточно выраженным является анозогнозический тип отношения к болезни, а в 1 группе выявлены пациенты с анозогнозическим, тревожным и ипохондрическим типами отношения к болезни. **Заключение.** Следовательно, больным эпилепсией свойственно: ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые они могут произвести на окружающих сведениями о своей болезни; стремление, несмотря на тяжесть заболевания, продолжить работу; отсутствие критичности к собственному заболеванию, что может привести к дестабилизации основного заболевания и формированию суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, эпилепсия, отношение к болезни, факторы риска, анозогнозия

Информация об авторах

Шова Наталья Игоревна — e-mail: skins_cassi@outlook.com; <https://orcid.org/0000-0003-3635-5850>

Михайлов Владимир Алексеевич — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Грановская Елизавета Александровна — e-mail: elizavetagranovskaya@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6294-681X>

Бочаров Виктор Викторович — e-mail: bochvikvik@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>

Как цитировать: Шова Н.И., Михайлов В.А., Грановская Е.А., Бочаров В.В. Реагирование на болезнь у пациентов, страдающих эпилепсией с суицидальными идеациями. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022; 56:3:89-96. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-3-89-96>

Конфликт интересов: В.А. Михайлов является членом редакционного совета.

Type of attitude to the disease in patients with epilepsy and suicidal ideation

Research article

Shova N.I.¹, Mikhailov V.A.¹, Granovskaya E.A.^{1,2}, Bocharov V.V.^{1,2}

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

²Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Summary. Suicidal behavior is characterized by the response of the individual to the conditions of the crisis situation experienced. The unrelenting interest of researchers around the world is aimed at studying the factors that determine the risk of suicidal intentions in patients with epilepsy. **Purposal.** To determine the main types

Автор, ответственный за переписку: Шова Наталья Игоревна — e-mail: skins_cassi@outlook.com;

Corresponding author: Natalya I. Shova — e-mail: skins_cassi@outlook.com

of attitude to the disease in patients with epilepsy and suicidal thoughts. **Materials and methods.** 112 patients with epilepsy were examined and divided into 2 groups depending on the presence of suicidal thoughts at the time of the study: 1st group — with suicidal intentions, 2nd group — without it. The method «Type of attitude to the disease» were used. **Results.** Thus, among the clinical factors of suicidal risk in patients with epilepsy, severe course of the underlying disease is the most significant, which is manifested by frequent seizures, serial course, and drug resistance form. It was revealed that patients with epilepsy with suicidal thoughts are characterized by the presence of «mixed» and «diffuse» types of attitude to the disease, with a predominance of maladaptive forms. The analysis of «pure» types of attitude towards the disease in two groups showed that there are fewer respondents with a «pure» type of attitude towards the disease in the group of patients with suicidal thoughts than in the group of patients without it. Along with the ergopathic and sensitive types, in the 2nd group of patients, the anosognosic type of attitude to the disease is also quite pronounced, and in the 1st group, patients with anosognosic, anxious and hypochondriacal types of attitude to the disease were identified. **Conclusion.** Consequently, patients with epilepsy are characterized by: vulnerability, vulnerability, concern about possible adverse impressions that they can make on others with information about their illness; the desire, despite the severity of the disease, to continue working; lack of criticality to their own disease, which can lead to destabilization of the underlying disease and the formation of suicidal behavior.

Keywords: suicidal behavior, epilepsy, attitude to the disease, risk factors, anosognosia

Information about the authors

Natalya I. Shova — e-mail: skins_cassi@outlook.com; <https://orcid.org/0000-0003-3635-5850>

Vladimir A. Mikhailov — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Elizaveta A. Granovskaya — e-mail: elizavetaganovskaya@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6294-681X>

Victor V. Bocharov — e-mail: bochvikvik@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0874-4576>

To cite this article: Shova NI, Mikhailov VA, Granovskaya EA, Bocharov VV. Type of attitude to the disease in patients with epilepsy and suicidal ideation. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2022; 56:3:89-96. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-3-89-96>. (In Russ.)

Conflict of interest: Vladimir A. Mikhailov is a member of the editorial board

Эпилепсия — это хроническое заболевание неврологического профиля, проявляющееся различными типами приступов, при которых возникновение конкретных эпизодов припадков, как правило, непредсказуемо. Люди с эпилепсией сталкиваются с более серьезными неблагоприятными последствиями для здоровья, чем население в целом, и подвержены более высокому риску инвалидности, низкого качества жизни, стигматизации и преждевременной смертности [7]. Было подсчитано, что 20–30% больных эпилепсией имеют коморбидные психические расстройства [18].

Психические нарушения как психотического, так и непсихотического регистра могут существенно осложнить лечение эпилепсии и обуславливать уменьшение обращений пациентов за медицинской помощью, плохую приверженность к лечению противоэpileптическими препаратами, учащение приступов и плохой исход после оперативного лечения. На качество жизни в большей степени влияют сопутствующие ментальные расстройства, чем эпилептические приступы [6].

По данным мета-анализа [14], расстройства настроения и тревожные состояния были наиболее распространенными сопутствующими психическими заболеваниями с показателями распространенности 35.0% и 25.6% соответственно. Большое депрессивное расстройство было наиболее распространенным коморбидным состоянием в 24.2% наблюдений. Другие зарегистрированные сопутствующие заболевания включали: посттравматическое стрессовое расстройство (14.2%), психотические состояния (5.7%), обсессивно-компульсивное расстройство (3.8%), шизофрению

(1.7%), биполярное расстройство (6.2%) и злоупотребление психоактивными веществами (7.9%).

Сопутствующие психические заболевания, считаются важными клиническими коррелятами суицида [8]. Суицид — это индивидуальная, личностная, поведенческая реакция, обусловленная психологическими и патопсихическими особенностями личности в возникающих экстремальных жизненных ситуациях [13]. Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта, представляя собой результат взаимодействия средовых ситуационных и личностных факторов [17].

Выявлено, что суицидальные попытки нередко совершаются больными эпилепсией [5]. В мета-анализе, проведенном Abraham N. et al., проанализировано 18 исследований с общим размером выборки 109 938 больных, совокупный показатель распространенности суицидальных попыток составил 7.4% (95%, ДИ: 0.031–0.169, $p < 0.001$); 10 исследований с общим размером выборки 595 605 больных, совокупный уровень смертности из-за самоубийства составил 0.5% (95%, ДИ: 0.002–0.016, $p < 0.001$); 24 исследования с общим размером выборки 71 328 больных, совокупная частота наличия суицидальных мыслей 23.2% (95%, ДИ: 0.176–0.301, $p < 0.001$).

Взаимосвязь между эпилепсией и суицидальными наклонностями сложна. Ментальные факторы риска, связанные с эпилепсией и воздействие некоторых противосудорожных препаратов приводили к увеличению суицидального риска [9]. В одном крупном популяционном исследовании

[10] показано, что однократные и повторные суицидальные попытки предшествовали неврологическим проявлениям эпилепсии, что указывает на наличие общего нейробиологического механизма.

Отмечаемый по данным статистических исследований рост в структуре психической заболеваемости в последние несколько лет форм эпилепсии с непсихотическими расстройствами отражает очевидный патоморфоз клинических проявлений болезни, обусловленный влиянием ряда биологических и социальных факторов [12].

Одно из ведущих мест среди описанных в литературе клинических проявлений непсихотических форм эпилепсии занимают аффективные нарушения, которые нередко обнаруживают тенденцию к хроническому течению. Это подтверждает положение, что несмотря на достигнутую при эпилепсии ремиссию припадков, препятствием к полноценному восстановлению здоровья пациента часто являются нарушения в эмоциональной сфере [11].

Ряд симптомокомплексов депрессивных расстройств коррелирует с высоким суицидальным риском — это генерализованная тревога с явлениями ажитации и двигательного беспокойства, собственно дисфорический аффект, а также психогенный комплекс, включающий чувство отчаяния, безнадёжности, представления о безвыходности ситуации, невозможности получения помощи от ближайших родственников или медицинского персонала, убежденность в собственной неизлечимости, чувство вины, мучительная бессонница [15, 16].

Особая роль в формировании клиники депрессий принадлежит реакции личности на эпилептическую болезнь, с выраженными мотивами ущербности, неполноценности, стигматизации, что может способствовать суицидальному поведению. Так, согласно данным проводившихся экспериментально — психологических исследований больных эпилепсией, у всех больных с так называемыми вторичными невротическими расстройствами имели место личностные конфликты, прямо или косвенно связанные с заболеванием. Как правило, прослеживалась связь между содержанием конфликта и клиническими характеристиками реакций [2].

Многие больные неправильно оценивают тяжесть заболевания, что приводит к сужению круга их интересов, включающего вопросы своего заболевания и лечения. Это в конечном итоге приводит к формированию ипохондрических и депрессивных реакций и состояний, а в некоторых случаях к возникновению различных проявлений суицидального поведения.

Очень важным является изучение факторов, способствующих формированию суицидальных намерений у больных эпилепсией. В меньшей степени уделяется состоянию пациента, длительно пребывающему в хроническом заболевании.

Цель исследования. Определить основные типы отношения к болезни у больных эпилепсией с суицидальными мыслями.

Материалы и методы. Было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов 33.21 ± 12.25 . Набор пациентов производился методом сплошной выборки для обеспечения репрезентативности и однородности материала. Для исследования отбирались пациенты, соответствующие критериям включения и невключения.

Критерии включения:

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

Критерии невключения: наличие выраженного психического дефекта в форме грубых речевых, психических и негативных расстройств, приводящих к невозможности выполнения предлагаемых заданий; наличие попыток суицида в анамнезе; наличие самоповреждений истероидного и/или демонстративного характера; наличие соматической отягощенности в стадии декомпенсации; наличие онкологического заболевания; на момент осмотра, длительный прием препаратов не относящихся к антиэпилептическим (нейролептики, антидепрессанты); пациенты после оперативного вмешательства, по основному заболеванию; отказ от подписания информированного согласия участника исследования. Пациенты с актуальными суицидальными мыслями в день поступления осмотрены психиатром с целью определения тяжести состояния и генеза психического расстройства. В исследование не включались больные с высоким риском совершения суицида и декомпенсацией эндогенного сопутствующего психического расстройства.

Пациенты были разделены на две группы. Критерием для разделения стало наличие суицидальных мыслей (в исследование не входили пациенты с суицидальными попытками, а также с самоповреждениями истероидного и/или демонстративного характера): в 1 группу вошли пациенты с суицидальными мыслями (41 человек); во 2 группу составили пациенты без суицидальных идеаций (71 человек). Фиксирование наличия суицидальных мыслей проводилось с помощью клинического опроса. Распределение по группам и количественная характеристика пациентов представлена в Табл.1.

Группы не различались по гендерной принадлежности и возрастной структуре ($p > 0,05$).

По этиологии эпилепсии, большинство пациентов в общей выборке (61.6, N=69; 1 группа - 61.0%, N=25; 2 группа - 62.0, N=44) имеют структурную форму. Второе место занимает эпилепсия неизвестной этиологии (31.1%, N=35). Иные этиологии (генетическая, иммунная, метаболическая и инфекционная) встречаются в единичных случа-

Таблица 1. Количественные характеристики пациентов двух групп
Table 1. Quantitative characteristics of patients in two groups

Характеристики	1 группа (N=41)	2 группа (N=71)	Общая выборка (N=112)
Гендер:			
Мужчины	36.59% (N=15)	54.93% (N=39)	48.21% (N=54)
Женщины	63.41% (N=26)	45.07% (N=32)	51.79% (N=58)
Средний возраст	32.20 ± 11.31	33.79 ± 12.80	33.21 ± 12.25
Распределение по возрастным группам			
18 лет	4.87% (N=2)	4.22% (N=3)	4.46% (N=5)
от 19 до 25 лет	21.95% (N=9)	26.76% (N=19)	25.00% (N=28)
от 26 до 30 лет	29.27% (N=12)	15.49% (N=11)	20.54% (N=23)
от 31 до 35 лет	21.95% (N=9)	19.71% (N=14)	20.54% (N=23)
от 36 до 40 лет	4.87% (N=2)	8.45% (N=6)	7.14% (N=8)
от 41 до 45 лет	7.32% (N=3)	9.85% (N=7)	8.93% (N=10)
от 46 до 50 лет	4.87% (N=2)	8.45% (N=6)	7.14% (N=8)
от 51 до 55 лет	2.44% (N=1)	4.22% (N=3)	3.57% (N=4)
от 56 до 60 лет	2.44% (N=1)	2.82% (N=2)	2.68% (N=3)
Длительность заболевания			
до 1 года	0	12.67% (N=9)	8.03% (N=9)
от 2 до 10 лет	36.59% (N=15)	30.98% (N=22)	32.45% (N=37)
от 11 до 20 лет	31.70% (N=13)	28.17% (N=20)	29.46% (N=33)
от 21 до 30 лет	29.27% (N=12)	19.72% (N=14)	23.21% (N=26)
от 31 до 40 лет	2.44% (N=1)	4.22% (N=3)	3.57% (N=4)
от 41 до 50 лет	0	1.41% (N=1)	0.89% (N=1)
от 51 до 60 лет	0	2.82% (N=2)	1.78% (N=2)
Средняя длительность заболевания	15.22 ± 9.70	14.63 ± 11.90	14.84 ± 8.94
Возраст дебюта заболевания			
до 1 года	7.32% (N=3)	7.04% (N=5)	7.14% (N=8)
от 2 до 10 лет	29.27% (N=12)	25.35% (N=18)	26.78% (N=30)
от 11 до 20 лет	41.46% (N=17)	36.62% (N=26)	38.39% (N=43)
от 21 до 30 лет	17.07% (N=7)	14.08% (N=10)	15.18% (N=17)
от 31 до 40 лет	4.87% (N=2)	8.45% (N=6)	7.14% (N=8)
от 41 до 50 лет	0	5.63% (N=4)	3.57% (N=4)
от 51 до 60 лет	0	2.82% (N=2)	1.78% (N=2)
Средний возраст дебюта заболевания	15.36 ± 7.39	18.15 ± 10.36	17.13 ± 9.19

Примечание. М — среднее значение; δ — среднеквадратичное отклонение (здесь и далее)
 Note. M — average value; δ — standard deviation (hereinafter)

ях (7.5%, N=8). Данная закономерность прослеживается при рассмотрении отдельно каждой группы ($p>0,05$).

По семиотике эпилептических приступов в 1 группе наиболее представленными являются билатеральные тонико-клонический с фокальным началом (73.2%, N=30), фокальные немоторные сенсорные и фокальные моторные клонические приступы без нарушения осознанности (14.6% случаев каждый, N=6 каждый). Во 2 группе пациентов второе место по представленности занимают фокальные моторные автоматизмы без нарушения осознанности (21.1%, N=15), третье – фокальные немоторные вегетативные приступы без нарушения осознанности (14.1%, N=10). В ходе сравнительного анализа частоты эпилептических приступов в двух группах было выявлено, что у пациентов 1 группы ежедневные приступы (24.4%, N=10) случаются статистически значимо чаще, чем во 2 группе (7.0%, N=5, $\chi^2=2,534$; $p\leq 0,01$). Наклонность к серийному течению приступов в 1 группе выше, чем у пациентов 2 группы (43.9%, N=18; 23.9%, N=17; $\chi^2=2,172$; $p\leq 0,05$). Было выявлено, что 23 пациента 1 группы (56.1%) и 30 пациентов 2 группы (42.3%) являются фармакорезистентными ($p\leq 0,05$).

Зачастую формирование суицидального поведения может являться реакцией на болезнь, поэтому для выявления типов отношения пациентов к болезни у пациентов нами была использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ, Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1987). Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации об отношении больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. Эти отношения больного изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности. Классификация типов отношения к болезни: 1. Гармоничный (Г; оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни); 2. Эргопатический (Р; сверхответственное, стеничное отношение к работе); 3. Анозогнозический (З, активнее отбрасывание мысли о болезни); 4. Тревожный (Т, постоянное беспокойство в отношении неблагоприятного течения болезни); 5. Ипохондрический (И, чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных

ощущениях); 6. Неврастенический (Н, вспышки раздражения при неприятных ощущениях и неудачах лечения); 7. Меланхолический (М, неверие в выздоровление и возможное улучшение состояния); 8. Апатический (А; безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения); 9. Сенситивный (С; озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни); 10. Эгоцентрический (Э, выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний); 11. Паранойальный (П; уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла); 12. Дисфорический (Д; гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид).

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

Результаты и обсуждение. При анализе данных по всей выборке было выявлено, что «чистый тип» встречается у 33 пациентов (29.5%), «смешанный» у 55 пациентов (49.1%) и у 24 человек (21.4%) определен «диффузный» тип отношения к болезни. Распределение частоты типов отношения к болезни в двух группах выявило следующие особенности, результаты представлены в Табл.2.

Во всех группах пациентов доминирует «смешанный» тип отношения к болезни. Он встречается в 49.1% случаев (N=55). На втором месте в 1 группе пациентов находится «диффузный» тип отношения к болезни (31.7%, N=13), на третьем – «чистый» (17.1%, N=7); во 2 группе на втором месте по представленности – «чистый» тип отношения к болезни (36.6%, N=26), на третьем – «диффузный» (15.5%, N=11), $p\leq 0,05$.

Анализ «чистых» типов отношения к болезни в двух группах показал, что в группе пациентов с суицидальными мыслями меньше респондентов с «чистым» типом отношения к болезни, чем в группе пациентов без суицидальных идеаций ($p\leq 0,05$), результаты представлены в Табл.3.

Таблица 2. Распределение типов отношения к болезни среди пациентов двух групп
Table 2. Distribution of types of attitude to the disease among patients of two groups

Типы отношения к болезни:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чистый	7	17.1	26	36.6	33	29.5
Смешанный	21	51.2	34	47.9	55	49.1
Диффузный	13	31.7	11	15.5	24	21.4

Таблица 3. Доминирующие типы отношения к болезни из числа «чистых» типов
Table 3. Dominant types of attitude to the disease from among the «pure» types

Тип отношения к болезни:	1 группа		2 группа		Общая выборка	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гармоничный	1	2.4	10	14.1	11	9.8
Эргопатический	1	2.4	3	4.2	4	3.6
Анозогнозический	1	2.4	5	7.04	6	5.4
Тревожный	1	2.4	1	1.4	2	1.8
Меланхолический	1	2.4	0	0	1	0.9
Сенситивный	2	4.9	7	9.9	9	8.04
Всего пациентов с «чистым» типом	7	17.07	26	36.62	33	29.46

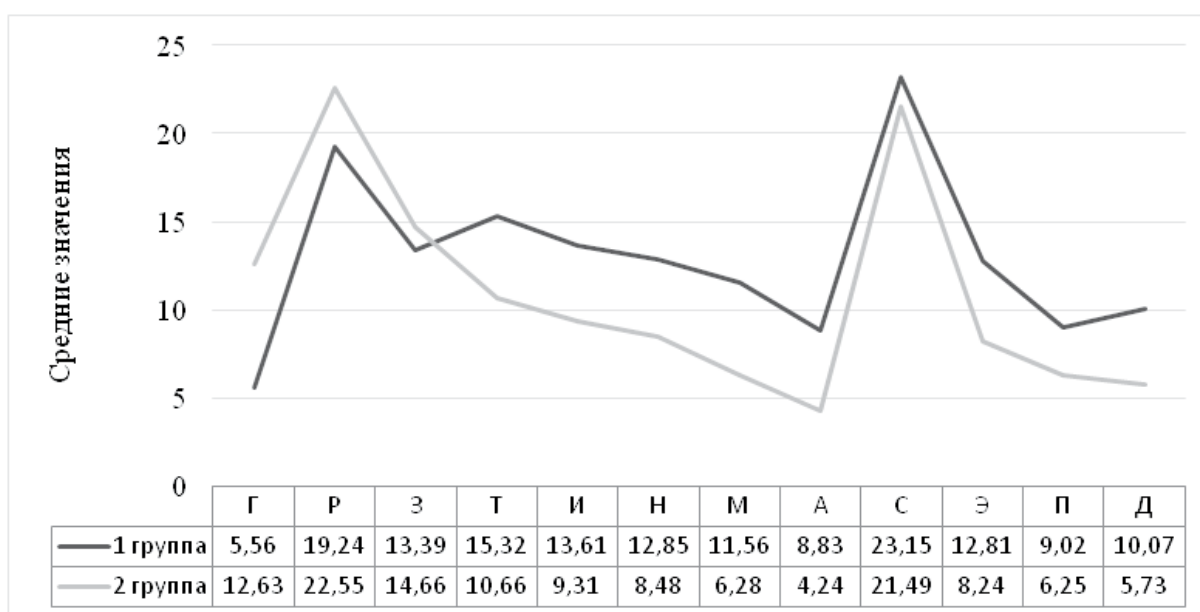


Рис. 1. Типы отношения к болезни у больных эпилепсией
 Fig. 1. Types of attitude to the disease in patients with epilepsy

При рассмотрении каждой группы в отдельности, стоит отметить, что в 1 группе сложно выделить преобладающий «чистый» тип, во 2 группе наиболее представленным является гармоничный тип (14.1%, N=10).

В ходе анализа «диффузных» и «смешанных» типов отношения к болезни нами было выявлено, что в обеих группах наиболее представленными типами отношения к болезни являются эргопатический (21.34±12.8 баллов) и сенситивный типы (22.10±10.2 баллов) отношения к болезни. Различные типы реагирования на болезнь представлены на Рис.1.

Наряду с эргопатическим и сенситивным типами во 2 группе пациентов также достаточно выраженным является анозогнозический тип отношения к болезни (14.66±12.9 баллов), а в 1

группе выявлены пациенты с анозогнозическим (13.39±9.1 баллов), тревожным (15.32±7.42 баллов) и ипохондрическим (13.61±8.5 баллов) типами отношения к болезни.

Данные методики ТОБОЛ указывают на то, что больным эпилепсией свойственно: ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые они могут произвести на окружающих сведениями о своей болезни; стремление, несмотря на тяжесть заболевания, продолжить работу; отсутствие критичности к собственному заболеванию.

Сравнительный анализ типов отношения к болезни в двух группах выявил определенные различия по преобладающим типам отношения к болезни: у пациентов с суицидальными мыслями более выраженными, чем у пациентов без су-

ицидальной активности оказались тревожный (1 - 15.32 ± 7.42 , 2 - 10.66 ± 7.64), ипохондрический (1 - 13.61 ± 8.54 , 2 - 9.31 ± 5.06), неврастенический (1 - 12.85 ± 8.70 , 2 - 8.48 ± 7.57), меланхолический (1 - 11.56 ± 10.01 , 2 - 6.28 ± 5.83), апатический (1 - 8.83 ± 7.65 , 2 - 4.24 ± 5.40), эгоцентрический (1 - 12.81 ± 6.47 , 2 - 8.24 ± 4.57), паранойяльный (1 - 9.02 ± 5.22 , 2 - 6.25 ± 4.90) и дисфорический (1 - 10.07 ± 7.43 , 2 - 5.73 ± 5.47) типы отношения к болезни ($0.010 \leq p \leq 0.000$).

Таким образом, пациентам с суицидальными мыслями в большей степени, нежели чем пациентам без суицидальной активности, характерно непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, чрезмерная сосредоточенность на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, поведение по типу «раздражительной слабости», пессимистический взгляд на окружение, с другой стороны, на определенном этапе течения заболевания, полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения; выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие, подозрительность и настороженность.

Заклучение

Среди клинических факторов суицидального риска у больных эпилепсией значимым является тяжелое течение основного заболевания, которое проявляется частыми приступами, серийным течением и фармакорезистентностью. Что подтверждается результатами современных исследований [4].

Одним из ключевых факторов, который определяет эффективность лечения и реабилитации,

является мотивация больного к лечению, которая в свою очередь определяется восприятием болезни. В контексте построения профилактических программ особо важным является выявление типа реагирования на болезнь, так как с помощью этого, становится возможным выявить необходимые мишени для психотерапевтического вмешательства, чтобы, таким образом, снизить риск формирования суицидального поведения (в рамках первичной профилактики) и улучшить качество жизни у больных эпилепсией [3].

Немаловажным показателем является также и степень осознания хронического заболевания больными. Исходя из результатов сравнительного исследования, анозогнозический тип отношения к болезни, наряду с эргопатическим и сенситивным типами болезни, является распространенным среди пациентов с эпилепсией. Исследования, посвященные данной проблеме, указывают на взаимосвязь между выраженностью анозогнозии и принятием пациентами своего лечения [1]. Пациентам с анозогнозическим типом отношения к болезни свойственно препятствовать режиму лечения, не следовать рекомендациям врача, пропускать прием препаратов.

По результатам сравнительного анализа для пациентов с суицидальными тенденциями преобладающим является мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, чрезмерная сосредоточенность на субъективных болезненных ощущениях, поведение по типу «раздражительной слабости», пессимистический взгляд на все вокруг, подозрительность и настороженность.

Требуется дальнейшая разработка данной тематики для выявления клинических и социально-демографических факторов, связанных с типом отношения к болезни.

Литература / References

1. Грановская Е.А., Бочаров В.В., Шишкова А.М., Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д. Особенности анозогнозии и ее связь с социально-демографическими и клиническими характеристиками у зависимых от психостимуляторов. Вопросы наркологии. 2019;8(179):69-70.
2. Granovskaya EA, Bocharov VV, Shishkova AM, Rybakova YV, Ilyuk RD. Characteristics of anosognosia and its interrelation with social, demographic and clinical characteristics at patients with psychostimulants dependence. Voprosy narkologii. 2019;8(179):69-70. (In Russ.)
3. Незнанов Н.Г., Михайлов В.А., Шова Н.И., Попов Ю.В., Дружинин А.К., Киссин М.Я. Риск развития суицидального поведения у больных эпилепсией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(11/2):16-22. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911911216>
4. Neznanov NG, Mikhailov VA, Shova NI, Popov NI, Druzhinin AK, Kissin MYa. The risk of suicidal behavior in patients with epilepsy. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2019;119(11/2):16-22. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201911911216>
5. Семакина Н.В., Михайлов В.А., Злоказова М.В. Качество жизни, психическая адаптация, направления психологической реабилитации матерей детей, страдающих эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2017;9(4):22-30. <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2017.9.4.022-030>
6. Semakina NV, Mikhailov VA, Zlokazova MV. Quality of life, mental adjustment and psychological rehabilitation of mothers of children with epilepsy. Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya. 2017;9(4):22-30. (In Russ.) <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2017.9.4.022-030>
7. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинова Г.В. «Суицидологический паспорт» эпилепсии. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2020;12(4):226-236. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2020.042>
8. Shova NI, Mikhailov VA, Odintsova GV. «Suicidal passport» for epilepsy. Epilepsiya i paroksizmal'nye

- sostoyaniya. 2020;12(4):226-236. (In Russ.) <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2020.042>
9. Abraham N, Buvanawari P, Rathakrishnan R, et al. A meta-analysis of the rates of suicide ideation, attempts and deaths in people with epilepsy. *IJERPH*. 2019;16(8):145.
 10. Brooks-Kayal AR, Bath KG, Berg AT, Galanopoulou AS, Holmes GL, Jensen FE, et al. Issues related to symptomatic and disease-modifying treatments affecting cognitive and neuropsychiatric comorbidities of epilepsy. *Epilepsia*. 2013;54(4):44-60.
 11. England MJ, Liverman CT, Schultz AM, Strawbridge LM. Epilepsy across the spectrum: promoting health and understanding. A summary of the Institute of Medicine report. *Epilepsy Behav*. 2012;25:266-276.
 12. Fazel S, Wolf A, Långström N, Newton CR, Lichtenstein P. Premature mortality in epilepsy and the role of psychiatric comorbidity: a total population study. *Lancet*. 2013;382:1646-1654.
 13. Hecimovic H, Salpekar J, Kanner AM, et al. Suicidality and epilepsy: a neuropsychobiological perspective. *Epilepsy Behav*. 2011;22(1):77-84.
 14. Hesdorffer DC, Ishihara L, Webb DJ, et al. Occurrence and recurrence of attempted suicide among people with epilepsy. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):80-86.
 15. Huberfeld G, Blauwblomme T, Miles R. Hippocampus and epilepsy: Findings from human tissues. *Rev Neurol (Paris)*. 2015;171(3):236-51. doi: 10.1016/j.neurol.2015.01.563
 16. Kanner AM. Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(2):106-16. doi: 10.1038/nrneurol.2015.243.
 17. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-330. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
 18. Lu E, Pyatka N, Burant CJ, Sajatovic M. Systematic Literature Review of Psychiatric Comorbidities in Adults with Epilepsy. *J Clin Neurol*. 2021;17(2):176-186. doi:10.3988/jcn.2021.17.2.176
 19. Rihmer Z, Rihmer A. Depression and suicide — the role of underlying bipolarity. *Psychiatr Hung*. 2019;34(4):359-368.
 20. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-2236. doi: 10.1001/jama.2016.17324
 21. Stanley IH, Boffa JW, Rogers ML, Hom MA, Albanese BJ, Chu C, Capron DW, Schmidt NB, Joiner TE. Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2018;86(11):946-960. doi: 10.1037/ccp0000342
 22. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*. 2007;48:2336-2344.

Сведения об авторах

Шова Наталья Игоревна — к.м.н., младший научный сотрудник отделения лечения больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; Россия, ул. Бехтерева, 3, Санкт-Петербург, 192019. E-mail: skins_cassi@outlook.com

Михайлов Владимир Алексеевич — д.м.н., руководитель отдела нейropsychиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: vladmikh@yandex.ru

Грановская Елизавета Александровна — аспирант ФГБОУ ВО СПбГПМУ, клинический психолог отделения лечения больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: elizavetagranovskaya@gmail.com

Бочаров Виктор Викторович — к.пс.н., ведущий научный сотрудник, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ. E-mail: bochvikvik@gmail.com

Поступила 20.04.2022

Received 20.04.2022

Принята в печать 09.06.2022

Accepted 09.06.2022

Дата публикации 30.09.2022

Date of publication 30.09.2022