

ISSN 2077-8333 (print)  
ISSN 2311-4088 (online)

# ЭПИЛЕПСИЯ и пароксизмальные состояния

2020 Том 12 №4



EPILEPSY AND PAROXYSMAL CONDITIONS

2020 Vol. 12 №4

[www.epilepsia.su](http://www.epilepsia.su)

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта [www.epilepsia.su](http://www.epilepsia.su). Не предназначено для использования в коммерческих целях.  
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: [info@irbis-1.ru](mailto:info@irbis-1.ru).

<https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2020.042>

ISSN 2077-8333 (print)

ISSN 2311-4088 (online)

# «Суицидологический паспорт» эпилепсии

Шова Н.И.<sup>1</sup>, Михайлов В.А.<sup>1</sup>, Одинцова Г.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург 192019, Россия)

<sup>2</sup>Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова – филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Маяковского, д. 12, Санкт-Петербург 191014, Россия)

Для контактов: Шова Наталья Игоревна, e-mail: skins\_cassi@outlook.com

## РЕЗЮМЕ

**Введение.** За последние десятилетия многие работы российских и зарубежных авторов были посвящены коморбидности суицидального поведения и эпилепсии. Особую актуальность приобретает выявление факторов риска развития суицидальных намерений в группе пациентов с эпилепсией. По данным Всемирной организации здравоохранения, суицид является второй причиной смерти у больных эпилепсией, особенно в возрасте до 29 лет. Социальная дезадаптация и девиантные формы эффекта отреагирования в рамках личностного расстройства и фрустрирующих элементов диктуют необходимость разработки стратегий по профилактике суицидальных намерений у данной группы пациентов.

**Цель:** выявить факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией.

**Материал и методы.** Обследованы 102 пациента с установленным диагнозом эпилепсии. В соответствии с наличием актуальных суицидальных намерений они были разделены на две группы: 1-я группа (контрольная) – 73 больных без суицидальных намерений, 2-я группа (исследовательская) – 29 пациентов с суицидальными идеациями на момент проведения исследования. Проведено патопсихологическое исследование с использованием шкал и опросников.

**Результаты.** Пациенты с эпилепсией и суицидальными намерениями характеризуются широким спектром психопатологических расстройств. В основном преобладают поведенческие и эмоционально-аффективные нарушения. Суицидальный риск в данной когорте связан с пессимистичным взглядом на свое будущее и аффективной неустойчивостью. Определяется равномерное снижение всех параметров антисуицидальной модели поведения, кроме показателя «Ответственность перед семьей». На фоне тяжелого течения основного заболевания формируются дисгармоничные формы отношения к болезни.

**Заключение.** Верификация факторов риска формирования суицидальных намерений у пациентов с эпилепсией – сложная и многопрофильная задача. Даже в условиях относительного психического благополучия следует концентрироваться на всех аспектах жизни пациента.

## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Эпилепсия, суицидальное поведение, факторы риска, депрессия, непсихотические психические расстройства.

Статья поступила: 25.09.2020 г.; в доработанном виде: 08.12.2020 г.; принята к печати: 25.12.2020 г.

## Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в отношении данной публикации.

## Вклад авторов

Авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

### Для цитирования

Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова 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>

### “Suicidal passport” for epilepsy

Shova N.I.<sup>1</sup>, Mikhailov V.A.<sup>1</sup>, Odintsova G.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology (3 Bekhterev Str., Saint Petersburg 192019, Russia)

<sup>2</sup>Polenov Russian Research Neurosurgical Institute – a branch of Almazov National Medical Research Centre (12 Mayakovskiy Str., Saint Petersburg 191014, Russia)

**Corresponding author:** Natalia I. Shova, e-mail: [skins\\_cassi@outlook.com](mailto:skins_cassi@outlook.com)

### SUMMARY

**Background.** Over the past decades many Russian and foreign authors have devoted their studies to psychiatric comorbidity and suicidal behaviour in people with epilepsy. It is particularly important to find risk factors to develop suicidal ideation in this group of patients. According to the World Health Organisation, suicide is the second cause of death among patients with epilepsy, especially those under 29 years. Social maladaptation and deviant reactions to isolation within the framework of personality disorder and frustrating elements necessitate strategy development to prevent suicide intentions in this group of patients.

**Objective:** to find risk factors contributing to suicidal behaviour in patients with epilepsy.

**Material and methods.** We examined 102 patients diagnosed with epilepsy and divided them into two groups consistent with the available relevant suicide ideators: Group 1 (reference group) – without suicide ideators (n=73), Group 2 (study group) – with suicide ideators at the time of the study (n=29). We conducted a pathopsychological study using scales and questionnaires.

**Results.** Patients with epilepsy and suicidal ideation are more vulnerable to a wide range of mental health disorders. Behavioural and mood disorders predominate. Risk factors for suicide in this patient cohort relate to a darker outlook on the future and emotional instability. All limits of the antisuicidal behaviour pattern reduced uniformly, except for the Family responsibility. Amidst the severe course of the underlying medical conditions, disharmony is formed in attitude towards the disease.

**Conclusion.** Assessment of the risk factors for the development of suicidal ideation in patients with epilepsy is a challenging multidisciplinary task. Even with relative mental well-being, it is worth focusing on all aspects of quality of life.

### KEYWORDS

Epilepsy, suicidal behaviour, risk factors, depression, non-psychotic disorders.

**Received:** 25.09.2020; **in the revised form:** 08.12.2020; **accepted:** 25.12.2020

### Conflict of interests

The authors declare no conflict of interest regarding this publication.

### Contribution of authors

All authors contributed equally to this article.

### For citation

Shova N.I., Mikhailov V.A., Odintsova G.V. “Suicidal passport” for epilepsy. *Epilepsia i paroksizmal'nye sostoania / Epilepsy and Paroxysmal Conditions*. 2020; 12 (4): 226–236 (in Russ.) <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2020.042>

## ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

Проблемы суицидологии в современном обществе не теряют своей актуальности. Суицидальное поведение включает не только суицид, суицидальные попытки, но и суицидальные мысли (возможны лишь

фантазии о смерти), представления, замыслы и намерения [1]. Попыткой самоубийства считают нефатальные, потенциально вредоносные действия человека, имеющие цель привести его к смерти [2]. К настоящему времени в мировой суицидологии накопилось значительное число теорий суицидального

поведения. Традиционно все факторы риска суицидального поведения можно разделить на биологические, психологические, социальные, культуральные, клинические и др. [3]. «Независимость» этих факторов достаточно условна, чаще в каждом конкретном случае прослеживаются различные взаимосвязи [4].

По данным Всемирной организации здравоохранения, психические расстройства на момент совершения самоубийства имеют место у 90–95% суицидентов, что подтверждается сведениями о риске суицида при наиболее опасных в суицидологическом отношении психических заболеваниях [5]. Так, при депрессивных расстройствах он выше, чем в общей популяции, в 30 раз, при шизофрении – в 20 раз, при расстройствах личности (особенно при истерическом и эмоционально неустойчивом) – в 15 раз, при алкоголизме – в 10 раз, при эпилепсии – в 4 раза, при стрессовых расстройствах – в 3 раза [6].

Коморбидные расстройства увеличивают риск самоубийства. В структуре нервно-психических заболеваний эпилепсия относится к наиболее распространенным формам патологии. Многофакторность развития суицидального поведения, стадийность процесса применительно к пациентам с эпилепсией остаются актуальными междисциплинарными вопросами. Социальные последствия в связи с высоким уровнем инвалидизации больных, прогрессивным течением определяют важность изучения диагностики, клиники и терапии эпилепсии и коморбидных состояний [7]. Многие авторы в последние два десятилетия указывают на взаимосвязь данной нозологии и повышенного риска суицида в указанной когорте [8–10]. Суицид – одна из причин летального исхода у пациентов с эпилепсией [9]. Больные эпилепсией имеют повышенный риск смерти по сравнению с общей популяцией, частота суицидов при эпилепсии выше в 4–5 раз, чем в общей популяции [11]. По различным данным, от 5% до 14% пациентов с эпилепсией кончают жизнь самоубийством либо совершают суицидальную попытку (в сравнении с 1,1–1,2% в общей популяции) [9].

Как снизить уровень самоубийств у больных эпилепсией? Изучение суицидального поведения необходимо для разработки способов предотвращения самоубийств. Осознание повышенного риска депрессии и суицида у пациентов с эпилепсией важно для клиницистов. Однако выявление и оценка факторов риска развития суицидального поведения у таких больных остаются недостаточно исследованной проблемой.

**Цель:** выявить факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ / MATERIAL AND METHODS

Настоящее исследование по дизайну является наблюдательным двухцентровым и выполнено на базе отделения функциональной нейрохирургии № 2 Рос-

сийского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова и отделения лечения больных с органическими психическими заболеваниями и эпилепсией Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.

В исследование включены 102 пациента с установленным диагнозом фокальной эпилепсии в соответствии с критериями Clinical guideline [CG137] NICE Epilepsies: diagnosis and management от 2018 г.

### Критерии включения:

- мужчины и женщины в возрасте от 18 до 45 лет с установленным диагнозом эпилепсии;
- проживание в Российской Федерации;
- наличие телефона для связи;
- подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

### Критерии исключения:

- наличие выраженного психического дефекта в форме грубых речевых, психических и негативных расстройств, приводящих к невозможности выполнения предлагаемых заданий;
- генерализованные формы эпилепсии;
- наличие соматической патологии в стадии декомпенсации;
- наличие онкологического заболевания;
- на момент осмотра длительный прием средств, не относящихся к противоэпилептическим препаратам (ПЭП), таких как нейролептики, антидепрессанты.

Все пациенты перед исследованием были проконсультированы психиатрами.

В соответствии с наличием актуальных суицидальных намерений при скрининговом исследовании больные были разделены на две группы: 1-я группа (контрольная) – 73 пациента без суицидальных намерений, 2-я группа (исследовательская) – 29 пациентов с суицидальными идеациями на момент проведения исследования. На данном этапе разделение по формам фокальной эпилепсии не проводили, однако отмечено доминирование в когорте лиц с височной мезиальной эпилепсией, особенно среди больных нейрохирургического профиля.

Характеристика групп представлена в **таблице 1**.

Исследование проводили с применением стандартного неврологического осмотра, психиатрического интервью с помощью шкал и опросников. Психометрические методики:

- Опросник выраженности психопатологической симптоматики (англ. Symptom Check List-90-Revised questionnaire, SCL-90-R), основанный на оценке следующих шкал: соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная сенситивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльность, психотизм, общий индекс тяжести симптомов;
- Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой с оценкой следующих шкал: демонстративность, аффективность, уникальность, несо-

Таблица 1. Характеристика обследованных пациентов

Table 1. Characteristics of the examined patients

| Параметр / Parameter                                                                  | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Средний возраст, лет / Mean age, years                                                | 35±4,8               | 28±2,8               |
| Мужской/женский пол, n / Male/female, n                                               | 25/48                | 24/5                 |
| Средняя длительность заболевания, лет / Mean disease duration, years                  | 7±2,3                | 14±5,5               |
| Средний возраст начала эпилепсии, лет / Mean age of epilepsy onset, years             | 20±6,1               | 10±1,8               |
| <i>Особенности основного заболевания / Features of the underlying disease</i>         |                      |                      |
| Частота эпилептических приступов, n / Epileptic seizures frequency, n                 |                      |                      |
| 1–2 раза в год / 1–2 times a year                                                     | 41                   | –                    |
| 1–3 раза в месяц / 1–3 times a month                                                  | 25                   | 7                    |
| еженедельные / weekly                                                                 | 7                    | 11                   |
| ежедневные / daily                                                                    | –                    | 9                    |
| несколько раз в сутки / several times a day                                           | –                    | 2                    |
| Характер эпилептических приступов, n / Type of epileptic seizures, n                  |                      |                      |
| фокальные приступы без потери сознания / focal seizures without loss of consciousness | 56                   | 1                    |
| фокальные приступы с потерей сознания / focal seizures with loss of consciousness     | 17                   | 20                   |
| генерализованные моторные приступы / generalized motor seizures                       | 6                    | 7                    |
| генерализованные немоторные приступы / generalized non-motor seizures                 | –                    | 1                    |

стоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектива, антисуицидальный фактор;

– Опросник антисуицидальных мотивов, предназначенный для выявления наиболее значимых для личности мотивов, которые в дальнейшем могли бы удержать тестируемого от совершения суицидальной попытки;

– Фрайбургский личностный опросник для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения;

– Опросник качества жизни у пациентов с эпилепсией (англ. Quality Of Life In Patients with Epilepsy – 31 questionnaire, QOLIE-31);

– Шкала семейного окружения в адаптации С.Ю. Куприянова;

– Опросник «Тип отношения к болезни».

Результаты исследования обрабатывались с использованием программной системы Statistica for Windows, версия 8.0 (StatSoft Inc, США). Данные были представлены в виде средних арифметических со стандартными квадратичными отклонениями ( $M \pm m$ ). Средние групповые значения, стандартные отклоне-

ния были рассчитаны с помощью модуля описательной статистики. Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента ( $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТЫ / RESULTS

Число пациентов с суицидальными идеациями на момент проведения исследования (2-я группа) составило 28,4%. Гендерных различий в группах не отмечено. Для больных 2-й группы были характерны более раннее начало заболевания и более длительное течение эпилепсии.

По результатам исследования по опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) выявлены значимые различия в группах (табл. 2). Пациенты с эпилепсией и активными суицидальными намерениями характеризуются достоверным увеличением значений по всем показателям. Общий индекс тяжести симптомов в данной группе в 2 раза больше по сравнению с группой без суицидальных намерений.

Данные опросника суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой подтвердили высокий риск самоубийства во 2-й группе (табл. 3). Для пациентов с суицидальными намерениями характерно досто-

**Таблица 2.** Результаты исследования по опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)**Table 2.** Results of the study by Symptom Check List-90-Revised questionnaire (SCL-90-R)

| Показатель / Parameter                                             | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Соматизация / Somatization                                         | 0,65                 | 1,30                 | <0,01 |
| Обсессивность-компульсивность / Obsessive-compulsive behavior      | 0,83                 | 1,37                 | <0,01 |
| Межличностная сенситивность / Interpersonal sensibility            | 0,80                 | 1,12                 | <0,01 |
| Депрессия / Depression                                             | 0,62                 | 1,29                 | <0,01 |
| Тревога / Anxiety                                                  | 0,55                 | 1,20                 | <0,01 |
| Враждебность / Anger-hostility                                     | 0,55                 | 1,03                 | <0,01 |
| Фобичность / Phobic-anxiety                                        | 0,40                 | 0,76                 | <0,01 |
| Паранойяльность / Paranoid ideation                                | 0,53                 | 1,09                 | <0,01 |
| Психотизм / Psychoticism                                           | 0,37                 | 0,75                 | <0,01 |
| Общий индекс тяжести симптомов / Overall index of symptom severity | 0,60                 | 1,15                 | <0,01 |

**Таблица 3.** Результаты исследования по опроснику суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой**Table 3.** Results of the study by suicide risk questionnaire in Razuvaeva's modification

| Показатель / Parameter                   | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Демонстративность / Demonstrativeness    | 1,39                 | 2,18                 | <0,05 |
| Аффективность / Affectivity              | 2,42                 | 3,31                 | <0,05 |
| Уникальность / Uniqueness                | 1,25                 | 2,12                 | <0,05 |
| Несостоятельность / Failure              | 1,71                 | 2,25                 | <0,05 |
| Социальный пессимизм / Social pessimism  | 3,78                 | 3,87                 | <0,05 |
| Временная перспектива / Time perspective | 1,14                 | 2,31                 | <0,05 |

верное увеличение всех показателей суицидального риска по сравнению с больными 1-й группы.

Соответственно, результаты исследования по опроснику «Причины для жизни» показали противоположную тенденцию при сравнении групп (табл. 4). Во 2-й группе отмечено равномерное снижение по всем показателям, включая выраженность антисуицидальных мотивов.

Неравномерные данные были получены при исследовании по Шкале семейного окружения в подпункте показателей личностного роста (табл. 5). Вы-

явлена низкая семейная направленность на активный отдых, интеллектуально-культурную ориентацию, на достижения, что необходимо учитывать при планировании реабилитационных программ.

Опрос по Шкале семейного окружения в подпункте показателей отношений между членами семьи также показал различия по большинству данных (табл. 6). Во 2-й группе отмечены низкий уровень сплоченности и высокий уровень экспрессивности.

Эти данные подтверждают результаты исследования по Шкале семейного окружения в подпункте по-

**Таблица 4.** Результаты исследования по опроснику «Причины для жизни»**Table 4.** The results of the study by Reasons for Living inventory

| Показатель / Parameter                                                                 | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Выживание, умение справляться с ситуацией / Survival and coping beliefs                | 4,94                 | 4,10                 | <0,05 |
| Ответственность перед семьей / Responsibility to family                                | 4,98                 | 3,15                 | <0,05 |
| Мотивы, связанные с детьми / Child-related concerns                                    | 5,45                 | 4,56                 | <0,05 |
| Опасения относительно совершения самоубийства / Fear of suicide                        | 3,36                 | 2,57                 | <0,05 |
| Опасения социального неодобрения / Fear of social disapproval                          | 3,61                 | 2,91                 | <0,05 |
| Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки / Moral objections | 4,13                 | 2,96                 | <0,05 |
| Выраженность антисуицидальных мотивов / Expressiveness of antisuicidal motives         | 4,41                 | 3,50                 | <0,05 |

**Таблица 5.** Результаты исследования по Шкале семейного окружения. Показатели личностного роста

**Table 5.** The results of the study by Family Environment Scale. Personal performance indicators

| Показатель / Parameter                                                    | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Интеллектуально-культурная ориентация / Intellectual-cultural orientation | 4,28                 | 3,90                 | <0,05 |
| Ориентация на активный отдых / Active-recreational orientation            | 3,76                 | 2,90                 | <0,05 |
| Независимость / Independence                                              | 5,36                 | 5,18                 | >0,05 |
| Ориентация на достижения / Achievement                                    | 5,24                 | 4,63                 | <0,05 |
| Морально-нравственные аспекты / Moral-religious emphasis                  | 4,92                 | 5,36                 | >0,05 |

**Таблица 6.** Результаты исследования по Шкале семейного окружения. Показатели отношений между членами семьи

**Table 6.** The results of the study by the Family Environment Scale. Indicators of family member connections

| Показатель / Parameter           | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Сплоченность / Cohesion          | 6,52                 | 6,00                 | <0,05 |
| Экспрессивность / Expressiveness | 5,64                 | 6,27                 | <0,05 |
| Конфликт / Conflict              | 5,88                 | 5,18                 | >0,05 |

**Таблица 7.** Результаты исследования по Шкале семейного окружения. Показатели отношений между членами семьи

**Table 7.** The results of the study by the Family Environment Scale. Indicators of family member connections

| Показатель / Parameter     | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|----------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Организация / Organization | 6,16                 | 6,54                 | <0,05 |
| Контроль / Control         | 4,20                 | 4,72                 | <0,05 |

казателей управления (табл. 7). У больных 2-й группы выявлены достоверно более высокие уровни организации и контроля. Модель семьи у пациента с эпилепсией и суицидальными намерениями характеризуется строгим морально-нравственным устоем – возможно, ввиду определенного распорядка и контроля над заболеванием.

Эпилепсия влияет не только на социальные показатели, но и на личностные, что продемонстрировали результаты исследования по Фрайбургскому лич-

ностному опроснику (табл. 8). Профиль личности у таких больных характеризуется высокими показателями: «Невротичность» – 7,45 балла, «Спонтанная агрессивность» – 6,29 балла, «Депрессивность» – 7,12 балла, «Раздражительность» – 7,29 балла, «Реактивная агрессивность» – 5,7 балла, «Эмоциональная лабильность» – 7,2 балла.

Соответственно, и данные опросника «Тип отношения к болезни» выявили различия по группам (табл. 9). Пациенты с эпилепсией и суицидальными намерения-

**Таблица 8.** Результаты исследования по Фрайбургскому личностному опроснику

**Table 8.** The results of the study by Freiburg Personality Inventory

| Показатель / Parameter                                | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|-------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Невротичность / Neurotic                              | 4,46                 | 7,45                 | <0,05 |
| Спонтанная агрессивность / Spontaneous aggressiveness | 4,84                 | 6,29                 | <0,05 |
| Депрессивность / Depression                           | 4,89                 | 7,12                 | <0,05 |
| Раздражительность / Irritability                      | 5,33                 | 7,29                 | <0,05 |
| Общительность / Sociability                           | 4,30                 | 4,41                 | >0,05 |
| Уравновешенность / Balance                            | 5,23                 | 4,54                 | >0,05 |
| Реактивная агрессивность / Reactive aggression        | 5,53                 | 5,70                 | <0,05 |
| Застенчивость / Shyness                               | 5,82                 | 5,79                 | >0,05 |
| Открытость / Open                                     | 6,53                 | 7,62                 | >0,05 |
| Экстраверт–интроверт / Extraversion–Introversion      | 5,53                 | 5,62                 | >0,05 |
| Эмоциональная лабильность / Emotional lability        | 5,02                 | 7,20                 | <0,05 |
| Маскулинизм–феминизм / Masculinism–Feminism           | 4,82                 | 4,91                 | >0,05 |

Таблица 8. Результаты исследования по Фрайбургскому личностному опроснику

Table 8. The results of the study by Freiburg Personality Inventory

| Показатель / Parameter                                | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|-------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Невротичность / Neurotic                              | 4,46                 | 7,45                 | <0,05 |
| Спонтанная агрессивность / Spontaneous aggressiveness | 4,84                 | 6,29                 | <0,05 |
| Депрессивность / Depression                           | 4,89                 | 7,12                 | <0,05 |
| Раздражительность / Irritability                      | 5,33                 | 7,29                 | <0,05 |
| Общительность / Sociability                           | 4,30                 | 4,41                 | >0,05 |
| Уравновешенность / Balance                            | 5,23                 | 4,54                 | >0,05 |
| Реактивная агрессивность / Reactive aggression        | 5,53                 | 5,70                 | <0,05 |
| Застенчивость / Shyness                               | 5,82                 | 5,79                 | >0,05 |
| Открытость / Open                                     | 6,53                 | 7,62                 | >0,05 |
| Экстраверт–интроверт / Extraversion–Introversion      | 5,53                 | 5,62                 | >0,05 |
| Эмоциональная лабильность / Emotional lability        | 5,02                 | 7,20                 | <0,05 |
| Маскулинизм–феминизм / Masculinism–Feminism           | 4,82                 | 4,91                 | >0,05 |

Таблица 9. Результаты исследования по опроснику «Тип отношения к болезни»

Table 9. The results of the study by The Type of Attitude to the Disease questionnaire

| Тип / Type                      | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Гармоничный / Harmonious        | 24,42                | 20,68                | >0,05 |
| Эргопатический / Ergopathic     | 20,82                | 18,10                | >0,05 |
| Анозогнозический / Anosognosic  | 16,42                | 13,84                | <0,05 |
| Тревожный / Anxious             | 10,52                | 15,42                | <0,05 |
| Ипохондрический / Hypochondriac | 9,60                 | 14,47                | <0,05 |
| Неврастенический / Neurasthenic | 8,35                 | 12,94                | <0,05 |
| Меланхолический / Melancholic   | 6,45                 | 11,84                | <0,05 |
| Апатический / Apathetic         | 4,65                 | 8,78                 | <0,05 |
| Сенситивный / Sensitive         | 21,87                | 24,78                | <0,05 |
| Эгоцентрический / Egocentric    | 8,17                 | 15,68                | <0,05 |
| Паранойяльный / Paranoid        | 5,60                 | 10,10                | <0,05 |
| Дисфорический / Dysphoric       | 5,15                 | 12,05                | <0,05 |

ми характеризуются дезадаптивными формами отношения к болезни.

На фоне выявленных изменений ожидаемыми оказались результаты исследования по Опроснику качества жизни у пациентов с эпилепсией (табл. 10). Общий балл качества жизни больных с суицидальными намерениями достоверно ниже по сравнению с группой без суицидальных намерений.

## ОБСУЖДЕНИЕ / DISCUSSION

Проведенное исследование продемонстрировало существенные различия как показателей качества жизни, так и остальных показателей в группах больных эпилепсией с суицидальными намерениями и без них. За последние десятилетия многие работы россий-

ских и зарубежных авторов были посвящены теме суицида и эпилепсии. Важно отметить, что отечественные авторы вносят существенный вклад в исследование качества жизни пациентов с эпилепсией, в том числе ассоциированного с коморбидными состояниями. Начало положило выполненное А.О. Хабибовой в 1998 г. первое в России диссертационное исследование качества жизни больных парциальной эпилепсией<sup>1</sup>. Работы других авторов подтверждают актуальность определения «суицидологического паспорта» эпилепсии, в первую очередь изучения предикторов.

D.C. Hesdorffer et al. выявили у больных эпилепсией с частыми резистентными фокальными приступами высокий показатель суицидальных мыслей в прошлом (1,6–3,9% случаев) и риск попытки суицида

<sup>1</sup> Хабибова А.О. Качество жизни больных парциальной эпилепсией взрослых. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1998.

Таблица 10. Результаты исследования по опроснику QOLIE-31

Table 10. The results of the study by QOLIE-31 questionnaire

| Показатель / Parameter                            | 1-я группа / Group 1 | 2-я группа / Group 2 | p     |
|---------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Боязнь приступов / Seizure worry                  | 59,670               | 59,42                | >0,05 |
| Общее качество жизни / Overall quality of life    | 61,250               | 49,40                | <0,05 |
| Эмоциональное благополучие / Emotional well-being | 68,000               | 39,92                | <0,05 |
| Энергичность/усталость / Energy/Fatigue           | 67,500               | 35,72                | <0,05 |
| Когнитивное функционирование / Cognitive          | 62,235               | 39,57                | <0,05 |
| Влияние ПЭП / Medication effect                   | 77,765               | 61,72                | >0,05 |
| Социальное функционирование / Social function     | 65,500               | 57,11                | <0,05 |
| Общий балл / Total score                          | 63,145               | 52,58                | <0,05 |

Примечание. QOLIE-31 – Опросник по качеству жизни у пациентов с эпилепсией (англ. Quality Of Life In Patients with Epilepsy – 31).

Note. QOLIE-31 – Quality Of Life In Patients with Epilepsy – 31.

в недавнем прошлом (1–4,7% случаев) [12]. Высокий риск суицидальных мыслей на протяжении всей жизни определен у 12–14,2% пациентов [12]. В мета-анализе данных 29 исследований, проведенном M. Pompili et al., выделено 187 случаев завершеного суицида среди 50 123 больных эпилепсией [13]. По мнению G. Bell и J.W. Sander, основные факторы, связанные с эпилепсией, – это ранний дебют заболевания, височные формы припадков, тяжелое течение заболевания, неполный медикаментозный контроль над приступами [14]. В.В. Калинин дополняет эти данные и отмечает, что важными причинами развития суицидальных намерений представляются форма эпилепсии, семиология и частота припадков, тяжесть эпилепсии, полиморфный характер приступов [15]. По некоторым данным, при височных формах эпилепсии риск развития суицида в 25 раз выше [16, 17]. Анатомически близкое расположение фокуса эпилептической активности в височных долях головного мозга, по-видимому, формирует и определяет наличие депрессивных расстройств, которые в свою очередь могут способствовать появлению суицидальных мыслей и намерений [16].

В новой классификации эпилепсии 2017 г. выделены коморбидные заболевания, среди которых первое место занимают аффективные расстройства. В исследовании O.Y. Kwop и S.P. Park с участием 563 пациентов с эпилепсией вероятность аффективных расстройств повышалась в случаях плохо контролируемых припадков [18]. По мнению многих авторов, повышение уровня непсихотических и психотических психических расстройств у больных эпилепсией является основным фактором провокации суицида. Так, R. Buljan и A. Santic считают, что причиной всех случаев суицидальных намерений и попыток является депрессивное расстройство [19]. Другими важными причинами развития риска суицида являются социальные факторы и психосоциальная дезадаптация (пробле-

мы в семье, физическое здоровье, особенности личности, жизненный стресс, элементы стигматизации и фрустрации) [16]. Несомненно, что одной из причин, приводящих к росту депрессивных расстройств у больных эпилепсией, является длительный прием ПЭП [17]. Нарастание депрессивного фактора на фоне лекарственной терапии повышает риск суицидального поведения [20].

Известно, что из-за приступов и сопутствующих психических нарушений у больных возникает субъективное чувство неполноценности, формируются патологические реакции на положение в социуме [18]. Это создает предпосылки для формирования суицидальных мыслей и суицидальных попыток в условиях переживаемого микросоциального конфликта в результате взаимодействия средовых ситуационных и личностных факторов. Особую группу составляют пациенты нейрохирургического профиля с фармакорезистентной эпилепсией, для которых характерно длительное, тяжелое течение заболевания. Наши предшествующие исследования показали, что в спектре психопатологических нарушений у больных нейрохирургического профиля в основном преобладают психотические расстройства, которые проявляются в обсессивности-компульсивности, враждебности и паранойальности [21].

Отдельного внимания заслуживают ПЭП, которые далеко не все исследователи упоминают среди факторов риска суицидального поведения. Известно, что практически все ПЭП могут оказывать влияние на когнитивные функции, аффективную сферу и поведение больных. По данным M. Mula и J.W. Sander [22], а также M. Mula et al. [23], наибольшая частота развития симптомов депрессии зарегистрирована на фоне терапии барбитуратами, вигабатрином, топираматом. В 2008 г. Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США опубликовало предупреждение о том, что ПЭП уси-

ливают суицидальные мысли, а также повышают риск возникновения суицидальных попыток [24]. Данное заключение было сделано на основе мета-анализа 199 плацебо-контролируемых исследований 11 препаратов. Необходимо учитывать изменения спектра используемых ПЭП для своевременного исследования их влияния на эмоциональную, поведенческую сферы [23]. Вопрос о влиянии ПЭП на развитие суицидального поведения, в том числе и в патогенетическом аспекте, остается открытым.

Идентификация пациентов с эпилепсией, которые страдают от депрессии, позволит начать лечение расстройства настроения, а также поможет выявить людей, которые подвержены особому риску самоубийства, чтобы можно было принять профилактические меры. В России на основе междисциплинарных исследований разрабатывается алгоритм комплексного сопровождения лечения пациентов с эпилепсией, коморбидной с суицидальностью, на базе биоэтики [25].

Таким образом, результаты проведенного исследования показали необходимость дифференцированного подхода к диагностике и лечению больных с суицидальными намерениями, раннего их выявления и комплексного лечения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

1. Установлено, что пациенты, страдающие эпилепсией с суицидальными намерениями, имеют разнообразные психопатологические синдромы, в основном связанные с эмоционально-аффективными и поведенческими нарушениями.

2. При структурном изучении непсихотических психических расстройств их патопсихологическую модель определяют факторы, связанные с депрессией, тревогой, соматизацией, обсессивно-компульсивным компонентом, психотизмом в группе больных эпилепсией с суицидальными намерениями.

3. У пациентов с эпилепсией наблюдается тенденция к возникновению и развитию суицидальных мотивов, которые отражаются в повышенных показателях демонстративности, аффективности, несостоятельности, социального пессимизма, слома культурных ценностей, уникальности и временной перспективы с формированием ситуации усиления фактора безнадёжности, что приводит к психической дезадаптации.

4. Результаты, полученные при оценке «причин

для жизни», или антисуицидальных мотивов как сохраняющих и оберегающих факторов, имеют тенденцию к планомерному снижению в сферах, связанных как с морально-нравственными, так и с семейными аспектами.

5. Социальный климат семей пациентов с эпилепсией и суицидальными намерениями отличается низким уровнем сплоченности и высокими показателями аффективности и конфликтности. Для данных семейных взаимоотношений характерна строгая иерархия и распорядок, при этом отмечаются низкие показатели направленности на достижения и интеллектуально-культурной ориентации. Возможно, это связано с охранительным режимом, который является элементом лечения заболевания.

6. Профиль личности больного эпилепсией с суицидальными намерениями характеризуется высоким уровнем невротичности, спонтанной агрессивности, депрессивности, раздражительности, реактивной агрессивности, эмоциональной лабильности. Данные изменения свидетельствуют о расстройстве личности по взрывному типу, что в случае декомпенсации может привести к летальному отреагированию.

7. На фоне выраженной психопатологической симптоматики формируются дисгармоничные формы отношения к болезни, при этом они являются социально неблагоприятными. По профилю доминирует сенситивный тип отношения к болезни, что отражается в чрезмерной ранимости, уязвимости, озабоченности возможными негативными впечатлениями, которые может произвести на окружающих сообщение о болезни. У больного возникают опасения, что окружающие станут жалеть его, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться к нему, боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны. Это приводит к колебаниям настроения, связанным главным образом с межличностными контактами.

8. Все пациенты с эпилепсией и суицидальными намерениями отличаются низким качеством жизни, в основном в связи с эмоциональным и когнитивным неблагополучием.

Верификация факторов риска формирования суицидальных намерений у больных эпилепсией – сложная и многопрофильная задача. Знание факторов риска и раннее их выявление позволят снизить показатели суицидального поведения у таких пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. В кн.: Комплексные исследования в суицидологии: сборник научных трудов. М.: Изд-во Московского НИИ психиатрии МЗ СССР; 1986: 7–25.
2. Bernert R.A., Hom M.A., Roberts L.W. A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Acad Psychiatry*. 2014; 38 (5): 585–92. <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-014-0180-1>.
3. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского»; 2010: 232.

4. Marušić A., Roscar S., Zorko M., Sveticic J. Going beyond the bio-psycho-social boundaries in suicidology. *Psychiat Danub.* 2006; 18 (Suppl. 1): 7–8.
5. World Health Organisation. Preventing suicide: a global imperative. Geneva; 2014: 98.
6. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999; 156 (2): 181–97. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>.
7. Harnod T., Lin C.L., Kao C.H. Evaluating clinical risk factors for suicide attempts in patients with epilepsy. *J Affect Disord.* 2018; 229: 79–84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.048>.
8. Harnod T., Lin C.L., Kao C.H. Prevalence of suicide attempts and their risk factors in school-aged patients with epilepsy: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018; 27 (8): 1047–53. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-018-1118-z>.
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. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16 (8): 1451. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16081451>.
10. Pompili M., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. Suicide in the epilepsies: a meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy Behav.* 2005; 7 (2): 305–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.05.010>.
11. Bell G.S., Mula M., Sander J.W. Suicidality in people taking antiepileptic drugs: What is the evidence? *CNS Drugs.* 2009; 23 (4): 281–92. <http://dx.doi.org/10.2165/00023210-200923040-00002>.
12. Hesdorffer D.C., Ishihara L., Webb D.J., et al. Occurrence and recurrence of attempted suicide among people with epilepsy. *JAMA Psychiatry.* 2016; 73 (1): 80–6. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2516>.
13. Pompili M., Tatarelli R., Girardi P., et al. Suicide risk during anticonvulsant treatment. *Pharmacoevidemiol Drug Saf.* 2010; 19 (5): 525–8. <http://dx.doi.org/10.1002/pds.1936>.
14. Bell G.S., Sander J.W. The epidemiology of epilepsy: the size of the problem. *Seizure.* 2001; 10 (4): 306–14. <http://dx.doi.org/10.1053/seiz.2001.0584>.
15. Kalinin V.V. Suicidality and antiepileptic drugs: is there a link? *Drug Saf.* 2007; 30 (2): 123–42. <http://dx.doi.org/10.2165/00002018-200730020-00003>.
16. Пылаева О.А., Мухин К.Ю., Шатенштейн А.А. Эпилепсия и риск суицида (обзор литературы). *Русский журнал детской неврологии.* 2013; 8 (2): 23–40. <http://dx.doi.org/10.17650/2073-8803-2013-8-2-23-40>.
17. Hesdorffer D.C., Kanner A.M. The FDA alert on suicidality and antiepileptic drugs: fire and false alarm? *Epilepsia.* 2009; 50 (5): 978–86. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02012.x>.
18. Kwon O.Y., Park S.P. Frequency of affective symptoms and their psychosocial impact in Korean people with epilepsy: a survey at two tertiary care hospitals. *Epilepsy Behav.* 2013; 26 (1): 51–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.10.020>.
19. Buljan R., Santić A.M. Suicide attempts in hospital-treated epilepsy patients. *Acta Clin Croat.* 2011; 50 (4): 485–90.
20. Trimble M.R. Antiepileptic drugs and suicide. In: Trimble M.R., Schmitz B. (Eds.) *The neuropsychiatry of epilepsy.* Cambridge: Cambridge University Press; 2011: 143–54. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511977145.014>.
21. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В. и др. Спектр психопатологических расстройств у пациентов с фармакорезистентной эпилепсией в условиях нейрохирургического стационара. *Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова.* 2019; 11 (4): 53–8.
22. Mula M., Sander J.W. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug Saf.* 2007; 30 (7): 555–67. <http://dx.doi.org/10.2165/00002018-200730070-00001>.
23. Mula M., Kanner A.M., Schmitz B., Schachter S. Antiepileptic drugs and suicidality: an expert consensus statement from the Task Force on Therapeutic Strategies of the ILAE Commission on Neuropsychobiology. *Epilepsia.* 2013; 54 (1): 199–203. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2012.03688.x>.
24. Odintsova G., Chugunova A., Koroleva N. Changes of spectrum antiepileptic drug during ten years. *Epilepsia.* 2009; 50 (Suppl. 4): 193.
25. Mikhailovska-Karlova E.P., Mikhailova O.N., Karlov V.A. Epilepsy treatment in patients with comorbid suicidality: ethical, clinical and social aspects. *Epilepsia.* 2018; 59 (12, Suppl. 3): 533.

## REFERENCES:

1. Ambrumova A.G. Suicidal behavior as an object of complex study. In: *Comprehensive research in suicidology: a collection of scientific papers.* Moscow; 1986: 7–25 (in Russ.).
2. Bernert R.A., Hom M.A., Roberts L.W. A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Acad Psychiatry.* 2014; 38 (5): 585–92. <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-014-0180-1>.
3. Polozhiy B.S. Suicidal behavior (clinical, epidemiological, and ethno-cultural aspects). Moscow; 2010: 232 (in Russ.).
4. Marušić A., Roscar S., Zorko M., Sveticic J. Going beyond the bio-psycho-social boundaries in suicidology. *Psychiat Danub.* 2006; 18 (Suppl. 1): 7–8.
5. World Health Organisation. Preventing suicide: a global imperative. Geneva; 2014: 98.
6. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999; 156 (2): 181–97. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>.
7. Harnod T., Lin C.L., Kao C.H. Evaluating clinical risk factors for suicide attempts in patients with epilepsy. *J Affect Disord.* 2018; 229: 79–84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.048>.
8. Harnod T., Lin C.L., Kao C.H. Prevalence of suicide attempts and their risk factors in school-aged patients with epilepsy: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018; 27 (8): 1047–53. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-018-1118-z>.
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. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16 (8): 1451. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16081451>.
10. Pompili M., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. Suicide in the epilepsies: a meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy Behav.* 2005; 7 (2): 305–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.05.010>.
11. Bell G.S., Mula M., Sander J.W. Suicidality in people taking antiepileptic drugs: What is the evidence? *CNS Drugs.* 2009; 23 (4): 281–92. <http://dx.doi.org/10.2165/00023210-200923040-00002>.
12. Hesdorffer D.C., Ishihara L., Webb D.J., et al. Occurrence and recurrence of attempted suicide among people with epilepsy. *JAMA Psychiatry.* 2016; 73 (1): 80–6. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2516>.
13. Pompili M., Tatarelli R., Girardi P., et al. Suicide risk during anticonvulsant treatment. *Pharmacoevidemiol Drug Saf.* 2010; 19 (5): 525–8. <http://dx.doi.org/10.1002/pds.1936>.
14. Bell G.S., Sander J.W. The epidemiology of epilepsy: the size of the problem. *Seizure.* 2001; 10 (4): 306–14. <http://dx.doi.org/10.1053/seiz.2001.0584>.
15. Kalinin V.V. Suicidality and antiepileptic drugs: is there a link? *Drug Saf.* 2007; 30 (2): 123–42. <http://dx.doi.org/10.2165/00002018-200730020-00003>.
16. Pylaeva O.A., Mukhin K.Yu., Shatenshteyn A.A. Epilepsy and risk of suicide (a review). *Russian Journal of Child Neurology.* 2013; 8 (2): 23–40. <http://dx.doi.org/10.17650/2073-8803-2013-8-2-23-40> (in Russ.).
17. Hesdorffer D.C., Kanner A.M. The FDA alert on suicidality and antiepileptic drugs: fire and false alarm? *Epilepsia.* 2009; 50 (5): 978–86. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02012.x>.
18. Kwon O.Y., Park S.P. Frequency of affective symptoms and their psychosocial impact in Korean people with epilepsy: a survey at two tertiary care hospitals. *Epilepsy Behav.* 2013; 26 (1): 51–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.10.020>.
19. Buljan R., Santić A.M. Suicide attempts in hospital-treated epilepsy patients. *Acta Clin Croat.* 2011; 50 (4): 485–90.

20. Trimble M.R. Antiepileptic drugs and suicide. In: Trimble M.R., Schmitz B. (Eds.) The neuropsychiatry of epilepsy. Cambridge: Cambridge University Press; 2011: 143–54. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511977145.014>
21. Shova N.I., Mikhailov V.A., Odintsova G., et al. Spectrum of psychological disorders in patients with pharmacoresistant epilepsy under conditions of a neurosurgical hospital. *Polenov Russian Neurosurgical Journal*. 2019; 11 (4): 53–8 (in Russ.).
22. Mula M., Sander J.W. Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug Saf*. 2007; 30 (7): 555–67. <http://dx.doi.org/10.2165/00002018-200730070-00001>.
23. Mula M., Kanner A.M., Schmitz B., Schachter S. Antiepileptic drugs and suicidality: an expert consensus statement from the Task Force on Therapeutic Strategies of the ILAE Commission on Neuropsychobiology. *Epilepsia*. 2013; 54 (1): 199–203. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2012.03688.x>.
24. Odintsova G., Chugunova A., Koroleva N. Changes of spectrum antiepileptic drug during ten years. *Epilepsia*. 2009; 50 (Suppl. 4): 193.
25. Mikhailovska-Karlova E.P., Mikhailova O.N., Karlov V.A. Epilepsy treatment in patients with comorbid suicidality: ethical, clinical and social aspects. *Epilepsia*. 2018; 59 (12, Suppl. 3): 533.

#### Сведения об авторах

**Шова Наталья Игоревна** – аспирант ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3635-5850>; РИНЦ SPIN-код: 1952-3043. E-mail: [skins\\_cassi@outlook.com](mailto:skins_cassi@outlook.com).

**Михайлов Владимир Алексеевич** – д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения лечения органических психических расстройств и эпилепсии и реабилитации пациентов с психосоматическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>; ResearcherID: B-3272-2017; РИНЦ SPIN-код: 5563-1009.

**Одинцова Галина Вячеславовна** – к.м.н., заведующая научно-исследовательской лабораторией эпилептологии Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7186-0054>; Scopus Author ID: 55510371000; ResearcherID: G-8940-2012; РИНЦ SPIN-код: 1303-4651.

#### About the authors

**Natalia I. Shova** – Postgraduate Student, Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3635-5850>; RSCI SPIN-code: 1952-3043. E-mail: [skins\\_cassi@outlook.com](mailto:skins_cassi@outlook.com).

**Vladimir A. Mikhailov** – Dr. Med. Sc., Deputy Director for Innovative Scientific Development, Head of the International Department, Chief Researcher and Scientific Director of the Department of Treatment of Organic Mental Disorders and Epilepsy and Rehabilitation of Patients with Psychosomatic Disorders, Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>; ResearcherID: B-3272-2017; RSCI SPIN-code: 5563-1009.

**Galina V. Odintsova** – Cand. Med. Sc., Head of the Research Laboratory of Epileptology, Polenov Russian Research Neurosurgical Institute – a branch of Almazov National Medical Research Centre. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7186-0054>; Scopus Author ID: 55510371000; ResearcherID: G-8940-2012; RSCI SPIN-code: 1303-4651.