

ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ  
ЭПИЛЕПСИЕЙEPILEPSIYA BEMORLARIDA SUITSIDAL HULQ-ATVORNING  
PREDIKTORLARI

## PREDICTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH EPILEPSY

Рустамова Ж.Т. – к.м.н., доцент

<https://orcid.org/0000-0002-7794-3686>

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Рустамова Ж.Т. (2025). ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ. В ActaCAMU (Т. 9, Выпуск 9, сс. 126–130). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15152360>

**Аннотация.** Эпилепсия ассоциируется с повышенным риском суицидального поведения, что обусловлено сочетанием биологических, психологических и социальных факторов. В статье рассматриваются основные аспекты суицидальных рисков у пациентов с эпилепсией, включая влияние сопутствующих психических расстройств, типов припадков, а также несоблюдение принципов лечения. Особое внимание уделено изучению аффективных расстройств, которые нередко приводят к суицидальным намерениям у лиц, страдающих этим заболеванием. Для определения тяжести эмоциональных расстройств применялась психометрическая шкала Гамильтона, позволяющая установить уровень тревоги и депрессии у больных.

**Ключевые слова:** эпилепсия, аффективные расстройства, депрессия, тревога, дисфория, суицидальное поведение.

**Annotatsiya.** Epilepsiya biologik, psixologik va ijtimoiy omillar birlashuvi tufayli suitsidal hulq-atvor xavfining ortishi bilan malum. Maqolada epilepsiya bilan og‘rigan bemorlardagi suitsidal xavfning asosiy jihatlari, jumladan, hamroh ruhiy buzilishlarning ta‘siri, xuruj turlari va davolash qoidalariga rioya qilmaslik kabi masalalar ko‘rib chiqiladi. Ushbu kasallikka chalingan shaxslarda ko‘pincha suitsidal niyatlarga olib keladigan affektiv buzilishlarni o‘rganishga alohida e‘tibor qaratilgan. Emotsional buzilishlarning og‘irligini aniqlash uchun bemorlarda xavotir va depressiya darajasini baholash imkonini beradigan Hamilton psixometriya skalasidan foydalanilgan.

**Kalit so‘zlar:** epilepsiya, affektiv buzilishlar, depressiya, xavotir, disforiya, suitsidal hulq-atvor.

**Abstract.** Epilepsy is associated with an increased risk of suicidal behavior, driven by a combination of biological, psychological, and social factors. This article explores the key aspects of suicide risk in patients with epilepsy, including the impact of comorbid mental disorders, seizure types, and non-compliance with treatment principles. Particular attention is given to the study of affective disorders, which often lead to suicidal intentions in individuals suffering from this condition. The Hamilton Psychometric Scale was used to assess the severity of emotional disorders, enabling the evaluation of anxiety and depression levels in patients.

**Keywords:** epilepsy, affective disorders, depression, anxiety, dysphoria, suicidal behavior.

**Введение.** Эпилепсия, как известно, относится к числу наиболее важных проблем, находящихся в центре внимания психиатров и неврологов. Проблема эпилепсии привлекает внимание специалистов как из-за немалой распространенности этого заболевания среди населения (0,5-1%), так и из-за частоты неблагоприятных вариантов течения [1] и исходов болезни с необратимыми психическими расстройствами [2], ведь эта болезнь, развиваясь

преимущественно в молодом возрасте, обуславливают социально-трудовую дезадаптацию больных [3], нередко приводит к инвалидности. У значительной части больных заболевание сопровождается выраженными аффективными расстройствами, проявляющимися в различных формах, которые негативно оказывают влияние на качество жизни пациента, а также ухудшают прогноз заболевания [4] и нередко ведут к возникновению суицидов. По мнению, многих авторов частота суицидальных явлений значительно выше у пациентов с эпилепсией [5], чем в общей популяции и достигает 8-12% по сравнению с 1,1-1,2% среди населения в целом [6]. В связи с этим важно своевременное распознавание психических состояний, потенциально ведущих к суицидам [7, 8] поскольку помогает предпринять необходимые профилактические мероприятия, скорректировать тактику ведения больного в плане лечения.

**Цель исследования.** Изучение психических расстройств, как факторов риска суицидального поведения у больных эпилепсией.

**Материал и методы исследования.** Клинико-катамнестическим и клинико-психопатологическим методами было обследовано 65 больных (24 женщины, 41 мужчина) в возрасте от 16 до 54 лет, находившихся на стационарном лечении в Ташкентской городской клинической психиатрической больнице. Для исследования были отобраны больные, диагноз которых квалифицировался рубрикой F02.8 - Деменция в связи с эпилепсией и F07.02 - Расстройство личности в связи с эпилепсией по МКБ-10. Для определения тяжести тревожных расстройств у данного контингента больных применялась психометрическая шкала Гамильтона, позволяющая установить уровень тревоги и депрессии.

**Результаты и обсуждение.** В более чем в половине случаев заболевание начиналось в детском и подростковом возрастных периодах. У 35 (53,8%) больных заболевание началось в возрасте до 11 лет, и у 10 (15,4%) больных в возрасте от 12 до 15 лет. В возрасте от 16 лет до 21 года заболели 9 (13,8%) больных, и было 11 (16,9%) случаев начала болезни в возрасте 22 лет и старше. Длительность заболевания к моменту обследования варьировала от 7 до 43 лет.



В ходе исследования установлено, что в 13,8% случаев пациенты совершали суицидальные попытки. Доля пациентов, у которых возникали суицидальные мысли, составила 18,5% случаев.

Учащения припадков служили самым частым поводом к госпитализации на клинически развернутом этапе болезни, причем для больных были характерны крайне выраженные случаи учащения и серий припадков. Причинами таких декомпенсаций в основном служили прерывания противосудорожной терапии. Нередко терапия прерывалась произвольно, со стороны самого больного, под различными поводами. В числе последних имели место конфликты больных с близкими, которые были характерны практически для всех больных с неблагоприятным течением эпилепсии. В конфликтной ситуации отказ от лечения принимал значение протеста. Кроме этого, произвольный отказ от лечения случался в состояниях с депрессивным фоном настроения и в дисфориях, а иногда вследствие вывода больного о бесполезности терапии и неизлечимости недуга. Кроме прерывания лечения причиной

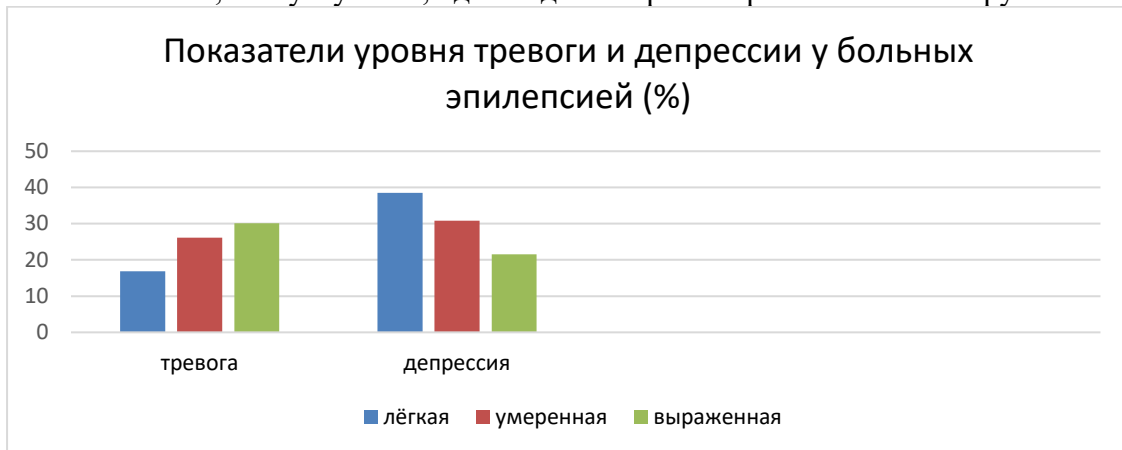
учащения припадков в ряде случаев была алкоголизация больного, неблагоприятный фон состояния соматического здоровья, переутомление, напряженный режим жизненной активности и т.п. Однако эти причины вызывали менее выраженные учащения припадков, которые в случаях госпитализации больного относительно легче поддавались терапевтической коррекции.

Изучение анамнестических данных показало, что для больных была свойственна выраженность и большой темп развития психических расстройств и изменений личности. У одних больных наблюдалось нарастание эмоциональной напряженности со вспышками аффекта и проявления дисфорий со злобностью и гневливостью. В других наблюдениях больные отличались повышенной раздражительностью и сенситивностью, проявляя крайнее нетерпение к раздражителям и ситуациям, вызывающим недовольство или внутреннее напряжение. У тех и других больных сильно выражалась вспыльчивость по незначительным поводам, неспособность к подавлению эмоций и обходу конфликтных ситуаций. Больные характеризовались склонностью к бурным реакциям, вытекающей из этого повышенной конфликтностью, драчливостью, склонностью к агрессивным и аутоагрессивным действиям, отличались застреваемостью на неприятных переживаниях, обидчивостью и мстительностью. Нарастание изменений характера способствовали выработке соответствующих поведенческих реакций и стереотипов, отвечающих эгоцентрическим потребностям больных. Усиливалась требовательность к опекунам и близким, доходящая до деспотических качеств. Нередко заискивающее и расчетливое обращение с официальными людьми, не потворствующими выходкам больных, сочеталось с безжалостным обращением с членами собственной семьи. Выдвигание ультимативных требований к близким, симуляция припадка, угрозы осознанной агрессии, демонстрация суицида, отказ от приема лекарств оказались нередкими способами защиты или реализации собственных интересов. Подростки и юноши легко приобретали качества девиантного поведения - не подчинялись родителям, беспричинно пропускали занятия, бродяжничали, нарушали требования режимов и распорядка, вовлекались в асоциальные компании, приобщались к курению, приему алкоголя и наркотиков. Взрослые больные теряли интерес к работе, переставали выполнять семейно-социальные обязанности, принимали потребительскую жизненную позицию. Постепенно утрачивая чувство дистанции и такта, становились развязными и грубыми, подверженными поступкам без надлежащего учета ситуации, что свидетельствовало об утрате умения оценивать обстановку, критически оценивать свое состояние и поведение. Вдобавок ко всему и те, и другие очень часто прерывали поддерживающую терапию. Таким образом, параллельно с интеллектуально-мнестическими расстройствами происходила психопатизация личности больного, грубо нарушая социально-трудовую адаптацию больных.

У части больных преобладал пониженный фон настроения со склонностью к депрессивным и ипохондрическим переживаниям, также отмечались периоды легкой изменчивости настроения. Астенический синдром, более выраженный у этих больных, характеризовался быстрой истощаемостью, влекущей к снижению активности, состояниям общей слабости. В характере больных обращала на себя внимание робость и неуверенность, обидчивость и мнительность. В таких случаях, дополнительным дезадаптирующим качеством больных становилась их же неблагоприятная позиция с выраженной безынициативностью и самоощущением поведением, со стремлением к отграничению от активного образа жизни.

Результаты применения психометрической шкалы Гамильтона, позволяющей установить уровень тревоги и депрессии среди пациентов, совершивших суицидальные попытки показали, что уровень тревоги (HARS) у 16,9% обследуемых больных колебался от 5 до 12 баллов, что свидетельствовало о состоянии лёгкой тревожности, у 26,1% больных этот показатель доходил до 25 баллов и выше, обнаруживая более выраженное тревожное состояние. Анализ оценки уровня депрессии у больных, у которых возникали суицидальные мысли, выявило наличие лёгкой депрессивной симптоматики по шкале HDRS от 8 до 16 баллов в 38,5% случаев, у 30,8% больных этот показатель колебался от 17 до 25 баллов, обнаруживая умеренные депрессивные проявления, у 21,5% больных уровень депрессии

доходил до 30 баллов, указывая на более выраженные депрессивные расстройства. Внутри обследуемой группы показатели оценки уровня тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у женщин оказалась выше, чем у мужчин, однако достоверность различий не обнаруживалась.



Как видно, психические особенности больных во многом обуславливались аффективными расстройствами, среди которых особенно следует выделить дисфории. Дисфории отмечались у 58 (89%) больных этой группы. Дисфорические расстройства, также являлись предиктором развития суицида. У больных с дисфорией суицидальное поведение было отмечено в 26,1% случаев.

Длительность заболевания на момент появления дисфорий в клинической картине заболевания широко варьировала (с 4 лет и позже), проявляясь в среднем к 10 годам течения болезни. В более половины случаев дисфории проявлялись в первые 10 лет заболевания (у 36), а до 15-16 лет отмечались почти у всех больных, из приведенного выше числа (у 56). Следует отметить, что мы различали два типа дисфорий по длительности этого расстройства. Для всех больных были более характерны кратковременные дисфории, длительностью до нескольких часов. Они зачастую имели связь с припадками, предшествовали им или наблюдались в постприпадочном периоде, иногда их можно было рассматривать как эквиваленты припадков. Эмоциональное состояние больных изменялось стремительно, приобретая различные оттенки. Больных данной группы отличало преобладание вариантов дисфорий с угрюмо-злым фоном настроения, со склонностью к возбуждению и взрывам аффекта по незначительным поводам и без них. Придирчивость к окружающим и недовольство ими, доходившая до открытой враждебности, нередко приводили к агрессивным действиям больных по отношению к окружающим, а порой и к самому себе. Причем, с нарастанием эпилептической деменции, дисфории приобретали крайне выраженные элементы грубости и цинизма. Интересно, что вне дисфорий, у больных не появлялось чувство сожаления о содеянном, об обидах, нанесенных близким людям. Это объяснялось своеобразным пониманием справедливости, которая служила лишь интересам больных, и снижением критики к собственному состоянию и поведению.

Особое место среди аффективных расстройств занимали дисфорические состояния, которые в отличие от кратковременных дисфорий характеризовались затяжным течением. Эти расстройства продолжались несколько суток и более. Затяжные дисфорические состояния, наряду с кратковременными дисфориями, были выявлены у 30 (46%) больных с неблагоприятным течением эпилепсии. Их возникновение имело некоторые отличия. Они чаще возникали как после генерализованных тонико-клонических припадков, так и от влияния психогенных факторов, или вовсе невозможно было полагать о наличии их связи с каким-либо фактором. От вышеописанной астенической напряженности эмоций эти состояния отличались резким наступлением расстройств, очерченностью эпизодов, силой и малой истощаемостью преобладающего аффекта, который принимал тоскливо-злую или депрессивную окраску с различным акцентом. Кроме этого, нередко в структуру расстройства включались элементы беспричинного страха, тревоги и агитации, необоснованного обвинения близких с идеями

отношения, внезапной мнительности и подозрительности по отношению к близким. Эти же признаки отличали затяжные дисфории от характерологических расстройств и привычных поведенческих особенностей больных. Таким образом, клинические особенности затяжных дисфорических состояний создавали картину острых психотических состояний с аффективными и аффективно-бредовыми расстройствами, часто с сенситивными идеями отношения.

Частота проявления кратковременных и затяжных дисфорий индивидуально варьировала. У большинства больных наблюдались периоды большой частоты кратковременных дисфорий, чередующиеся с периодами их урежения. У других больных дисфории обретали более стабильный ритм, но все же отличались относительно частым проявлением. Затяжные дисфории наблюдались гораздо реже, однако и они у одних больных проявлялись чаще, чем у других. В целом, относительно большая частота дисфорий была отмечена в 34 наблюдениях (52% от числа больных в группе).

#### **Выводы:**

1. Тревожные, депрессивные, дисфорические расстройства повышают риск развития суицидального поведения, который возрастает в случаях более выраженных аффективных нарушений.
2. Показатель частоты суицидальных мыслей оказался несколько выше (18,5%), чем показатель частоты совершения суицидальных попыток (13,8%) у больных эпилепсией.
3. Показатели оценки уровня тревоги и депрессии по шкале Гамильтона среди больных эпилепсией с суицидальным поведением у женщин оказалась выше, чем у мужчин, однако достоверность различий не обнаруживалась.

#### **Список литературы:**

1. Dheeraj R., Kerr M.P., McManus S., Jordanova V., Lewis G., Brugha T.S. Epilepsy and psychiatric comorbidity: A nationally representative populationbased study // *Epilepsia*. 2012. Vol. 53 (6). P. 1095–1103.
2. D.A. [Nathaniel-James](#), R.G. [Brown](#), M. [Maier](#) et al. Cognitive abnormalities in schizophrenia and schizophrenia-like psychosis of epilepsy // *J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci.* - 2004. - Vol.16, iss. 4 - P.472-479.
3. Тойтман Л.Л., Тойтман О.Л. Некоторые факторы прогрессивности течения эпилепсии: (по данным эпидемиологического обследования) // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2002. - № 6. – С. 43-45.
4. Рустамова Ж.Т. Характер и условия возникновения припадков на начальном этапе эпилепсии как факторы прогноза заболевания. МКБ-11: Гимн или реквием психиатрии? Материалы российской научной конференции. Ростов-на-Дону. - 2022. – С. 126-127.
5. Кутлубаев М.А. Суицидальное поведение при неврологических заболеваниях: частота, предрасполагающие факторы, подходы к профилактике // *Неврологический журнал*. 2016. - №3. - С.124-130.
6. Пылаева О.А., Мухин К.Ю., Шатенштейн А.А. Эпилепсия и риск суицида (Обзор литературы) // *Русский журнал детской неврологии.* – 2013. – том VIII, вып.2. - С.23-40.
7. Rustamova J.T. Optimization of psycho-diagnostics of anxiety-depressive disorders. // *Norwegian Journal of development of the International Science.* - 2023. – Vol. 106, iss. 45. – P. 76-80.
8. Christensen J., Vestergaard M., Mortensen P.B., Sidenius P., Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population based case–control study // *Lancet Neurol*. 2007. Vol. 6. P. 693–698.