

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Н.И. Шова, В.А. Михайлов, Ю.В. Попов, А.К. Дружинин

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ России, Санкт-Петербург

Эпилепсия является наиболее распространенным психоневрологическим заболеванием и затрагивает более 50 миллионов человек во всем мире [12, 47]. Международная противоэпилептическая лига и Международное бюро по эпилепсии рассматривают данное заболевание как патологию головного мозга, характеризующееся устойчивой предрасположенностью к возникновению моторных и не моторных приступов и биологическими, когнитивными, патопсихологическими и социальными последствиями этого состояния. Эта связь может отражать анатомический и нейробиологический источник как эпилептических приступов, так и поведенческих проявлений [20]. Данная нозология относится к мультидисциплинарным заболеваниям и по МКБ-10 кодируется как неврологическим (G40), так и психиатрическим (F07.0) шифрами. Диагностика видов приступов и возможной их этиологии не вызывает затруднений. Значительные сложности возникают при верификации психических расстройств, обычно в 2–3 первых года болезни. Это отмечают многие авторы, преимущественно психиатры. К таким проявлениям болезни можно отнести: характерологические особенности, когнитивное снижение, симптомы депрессии, поведенческие расстройства, аффективную неустойчивость и другие [1–4].

Эпилепсия является серьезным бременем среди населения всего мира. Недавний мета-анализ показал, что медиана заболеваемости эпилепсией на 100 000 человек в год составляет 45,0 в странах с высоким уровнем дохода и 81,7 на 100 000 человек в остальном мире [6].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 800 000 человек умирают от самоубийств в год. На примере последних исследований было выявлено, что пациенты с эпилепсией имеют наиболее высокий риск смертности по сравнению со здоровым населением. Среди основных факторов риска выделяют: отсутствие контроля над приступами, эпилептический статус в анамнезе, структурная этиология заболевания (врожденные

аномалии развития коры головного мозга, сосудистые заболевания), наличие сопутствующей психиатрической патологии [15, 28, 33, 34].

Действительно, существует общее мнение, что частота нейроповеденческих расстройств выше у пациентов с эпилепсией, чем в общей популяции, хотя некоторые авторы утверждают, что данная переоценка связана с ошибками в выборке или нерациональными контрольными группами. Психиатрические сопутствующие заболевания у пациентов с эпилепсией встречаются относительно часто. Несмотря на высокий уровень распространенности психопатологических расстройств, на данный момент достоверно установленной патофизиологической связи между эпилептогенезом и поведенческими нарушениями нет. Из-за этого используются данные о первичных психических расстройствах, при условии, что они могут быть применимы к пациентам с эпилепсией.

Многие, но не все, авторы также соглашаются с тем, что связь между нейроповеденческими расстройствами и височной локализацией эпилептического очага достаточно сильная. В исследовании «случай-контроль» [35] проведенном в Южной Корее, основанном на регистре клинических случаев пациентов с эпилепсией (n=35 638), выявлено, что пациенты с височной формой эпилепсии подвергаются более высокому риску развития суицидальных намерений.

Множество взаимодействующих биологических и психосоциальных факторов определяют риск развития суицидальных намерений у пациентов с эпилепсией, а поведенческие расстройства при эпилепсии имеют многофакторную этиологию [38]. В частности, на данный момент выделяют следующие, вероятные, механизмы взаимосвязи между эпилепсией и поведенческими нарушениями:

1. Общая невропатология.
2. Генетическая предрасположенность.
3. Иctalный нейрофизиологический эффект.
4. Гипометаболизм вокруг эпилептического очага.

5. Вторичный эпилептогенез.
6. Изменение чувствительности рецептора.
7. Вторичные эндокринологические изменения.
8. Первичная, независимая психиатрическая болезнь.
9. Последствия медицинского или хирургического лечения.
10. Следствие психосоциального бремени эпилепсии.

Психиатрические расстройства у пациентов с эпилепсией могут негативно влиять на течение основного заболевания и способствовать ухудшению качества жизни, а также повышению смертности среди пациентов с эпилепсией [8, 40]. Тем не менее, психопатологическая симптоматика часто не распознается и не лечится у людей с эпилепсией [18, 38], и остается много вопросов как о степени, так и о характере отношений между эпилепсией и конкретными психическими расстройствами.

Наиболее распространенными психическими состояниями при эпилепсии являются депрессия, тревога и психозы [13, 14, 21, 22, 26, 43]. Распространенность психических расстройств у пациентов с эпилепсией и среди населения представлена в таблице [39].

Распространенность психических расстройств у пациентов с эпилепсией и среди населения

Психиатрическое расстройство	Контроль	Пациенты с эпилепсией
Большое депрессивное расстройство	10,7%	17,4%
Тревожное расстройство	11,2%	22,8%
Расстройство настроения	19,6%	34,2%
Суицидальные намерения	13,3%	25,0%
Другие	20,7%	35,5%

Суицидальность (совершенное самоубийство, попытка самоубийства и суицидальные мысли) встречается значительно чаще среди людей с эпилепсией, чем среди населения в целом [7, 16, 30, 45].

Связь между эпилепсией и самоубийством сложна и многофакторна.

Психиатрические побочные эффекты, включая симптомы депрессии и тревоги, были зарегистрированы с использованием нескольких антиэпилептических препаратов, в частности, барбитуратов (фенобарбитал и примидон), топирамата, тиагабина, зонисамида, вигабатрина и леветирацетама [23, 42, 43].

Частота суицидальных явлений, связанных с конкретными антиэпилептическими препаратами (АЭП), систематически не изучена. Эти данные могут отражать естественное течение основного, рецидивирующего психического заболевания без реального эффекта от АЭП.

Частые риски, связанные с суицидальностью, включают в себя следующее [17]:

1. Текущая или прошлая история аффективных и тревожных расстройств.
2. Семейная психиатрическая история расстройств настроения, особенно суицидального поведения.
3. Прошлые попытки самоубийства.

В январе 2008 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США выпустило предупреждение о связи между суицидальностью и АЭП, заключив, что существует статистически значимый, в 1,8 раза повышенный риск суицидальности при воздействии АЭП. Этот вывод основан на результатах мета-анализа, который включал данные 199 рандомизированных клинических испытаний 11 антиэпилептических препаратов: карбамазепина, фелбамата, габапентина, ламотриджина, леветирацетама, окскарбазепина, прегабалина, тиагабина, топирамата, вальпроата и зонисамида. Мета-анализ охватил 43 892 пациента, проходивших лечение эпилепсии и психических расстройств. Результаты данного исследования были следующие: 4,3 пациента из 1 000 совершили суицид в группе принимавших АЭП, в группе контроля самоубийств не зарегистрировано. Результаты этого мета-анализа должны рассматриваться с большой осторожностью, и необходимы дополнительные исследования [11].

В отсутствие проспективных рандомизированных контролируемых испытаний антиэпилептических препаратов с исходной оценкой суицидальности и сопутствующих психиатрических заболеваний этот вопрос остается без ответа. Однако, учитывая предупреждение FDA, такой скрининг должен быть частью клинической практики.

Вопрос просуицидогенного эффекта леветирацетама остается открытым и требует дальнейших исследований, так как по данным M.Mula и соавт. [31], данному препарату присущ депрессогенный эффект.

Кроме того, повышенный риск побочных эффектов АЭП у пациентов с эпилепсией с клинической и субклинической депрессией и тревогой [27, 36] может способствовать ухудшению психиатрических симптомов и качества жизни. Это, в свою очередь, может усугубить чувство безнадежности и суицидальное поведение. Роль злоупотребления психоактивными веществами для самостоятельного лечения депрессии, тревоги и биполярного расстройства у пациентов как с эпилепсией, так и без нее в этом каскаде событий не следует недооценивать, и особенно у подростков.

Должны ли клиницисты верифицировать суицидальное поведение у всех пациентов с эпилепсией и оценить все факторы риска, которые могут повлиять на его формирование, перед назначением антиэпилептической терапии? Очевидно, что это должно

быть частью оценки пациентов, у которых наблюдается психиатрическая коморбидность.

Наличие скрининговых инструментов для выявления аффективных и поведенческих расстройств может помочь выявить пациентов с этими сопутствующими заболеваниями, которые затем должны быть оценены на предмет суицидальности.

Такие психометрические шкалы, как опросник депрессии для пациентов с эпилепсией (Neurological Disorder Depression Inventory for Epilepsy – NDDIE) и анкета здоровья пациента (PHQ-9), включают в себя раздел суицидального поведения и могут использоваться в амбулаторной практике в качестве скринингового инструмента [29]. В качестве альтернативы, врачи могут просто спросить пациентов, были ли у них мысли о самоубийстве в последнее время или в прошлом.

Знание факторов риска поможет клиницистам определить пациентов с наибольшим риском самоубийства. Тем не менее, широкий возрастной диапазон исследований, от 18 до 75 лет, и отсутствие информации о распределении пациентов по возрасту не позволили сделать выводы о возрастных факторах риска. Это особенно важно, потому что подростки и молодые люди имеют различные факторы риска самоубийства, чем гериатрические пациенты. В подростковом и юношеском возрасте факторы риска включают в себя попытку суицида в прошлом, суицидальные мысли, семейную историю самоубийств и депрессии, проблемы с обучением и злоупотребление психоактивными веществами. У гериатрических пациентов медицинские сопутствующие заболевания, психические расстройства (в основном депрессия), функциональные нарушения и стрессовые события в жизни повышают уязвимость к самоубийству. Возрастные факторы среди факторов риска самоубийства должны быть изучены в больших репрезентативных выборках молодых и гериатрических пациентов с эпилепсией, чтобы они имели обобщенные клинические значения [41].

Как упомянуто выше, медицинские сопутствующие заболевания особенно важны при риске самоубийства у пожилых пациентов. Фактически, «окно» для формирования суицидальных намерений за 3 года до и через 1 год после установления диагноза (будь то эпилепсия или психическое расстройство), может просто отражать отсутствие лечения основных психиатрических состояний, учитывая двустороннюю связь между эпилепсией и психическими расстройствами [19].

Также указывают на взаимосвязь между суицидальным поведением и наиболее распространёнными жалобами у пациентов с эпилепсией на бессонницу и головные боли [10], сообщениями о неблагоприятных жизненных событиях [9], злоупотреблением алкоголем и прошлым медицинским или хирургическим лечением [5].

Как неврологи, мы склонны концентрироваться на контроле над приступами, и сопутствующие психические заболевания или непсихотические психические расстройства часто не верифицируются, либо недооцениваются. Распознавание психиатрических проявлений – это область, которая нуждается в улучшении. После выявления психопатологической симптоматики возникают следующие вопросы [26]:

1. Связаны ли данные психопатологические симптомы с проявлением эпилепсии (преиктальные, иктальные, постиктальные).

2. Влияние антиэпилептической терапии на возникновение и течение психопатологических симптомов.

3. Возможности социальной реабилитации для данных пациентов.

4. Какие риски возможны в будущем.

Ввиду феноменологии эпилепсии, её тесная взаимосвязь с психическими и непсихотическими психическими расстройствами имеет историческую базу. Традиционный подход к лечению эпилепсии заключается в том, чтобы сосредоточиться на купировании приступов и, соответственно, улучшить качество жизни пациентов. J.C.Sackellares и S.Berent [34] утверждают, что всесторонняя помощь больному эпилепсией требует «внимания к психологическим и социальным последствиям эпилепсии». В рамках биопсихосоциального подхода мы должны учитывать не только биологический компонент заболевания, но психологические и социальные факторы (аффективные расстройства, изменение личности, склонность к дезадаптивным формам поведения, которые формируются под бременем заболевания) [24, 25]. В соответствии с данным подходом, сосредоточение внимания только на купировании приступов, которые занимают лишь небольшую часть жизни пациента, не решает многих проблем, оказывающих неблагоприятное влияние на качество жизни пациента с эпилепсией.

Хорошее понимание бремени коморбидности заболевания необходимо для лучшего распознавания и лечения, а также для информирования врачей о необходимости обучения. Кроме того, наблюдаемые ассоциации могут пролить свет на понимание общих механизмов эпилепсии и конкретных форм психопатологии.

Раннее выявление и лечение психических расстройств у пациентов с эпилепсией чрезвычайно важно, поскольку своевременная верификация данных состояний способствует улучшению качества жизни, снижает суицидальность и помогает улучшить контроль над приступами. Принимая во внимание побочные эффекты антиэпилептических препаратов и их влияние на уже существующие психиатрические симптомы, можно избежать ухудшения симптомов заболевания у пациента и помочь в соблюдении режима лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Громов С.А., Якунина О.Н. Непсихотические психические расстройства и изменения личности на начальных стадиях эпилепсии (клинико-психологическое исследование) // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2015. № 2. С. 18–24.
2. Калинин В.В. Изменения личности и мнестико-интеллектуальный дефект у 19 больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2004. № 2. С. 64–73.
3. Коцюбинский А.П. Непсихотические расстройства в контексте биопсихосоциальной концепции психических заболеваний // Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2014. № 23 (3). С. 3–7.
4. Незнанов Н.Г., Киссин М.Я. Изменения личности у больных эпилепсией // Эпилепсия / Под ред. Н.Г.Незнанова. СПб., 2010. С. 463–490.
5. Шова Н.И., Михайлов В.А., Одинцова Г.В., Дружинин А.К., Попов Ю.В. Современный взгляд на проблему формирования суицидального поведения у пациентов с фармакорезистентной формой эпилепсии в послеоперационном периоде (литературный обзор) // Трансляционная медицина. 2019. №6 (2). С. 27–33.
6. Bell G.S., Neligan A., Sander J.W. An unknown quantity – The worldwide prevalence of epilepsy // *Epilepsia*. 2014. Vol. 55. P. 958–962.
7. Beyenburg S., Mitchell A.J., Schmidt D., Elger C.E., Reuber M. Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management // *Epilepsy Behav.* 2005. Vol. 7(2). P. 161–171.
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.
9. Choo C.C., Ho R.C., Burton A.A.D. Thematic Analysis of Medical Notes Offers Preliminary Insight into Precipitants for Asian Suicide Attempters: An Exploratory Study // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018. Vol. 15. P. 809.
10. Choo C.C., Diederich J., Song I., Ho R.C. Cluster analysis reveals risk factors for repeated suicide attempts in a multi-ethnic Asian population // *Asian J. Psychiatry*. 2014. Vol. 8. P. 38–42.
11. Chou I.C., Chang Y.T., Chin Z.N., Muo C.H., Sung F.C., Kuo H.T. et al. Correlation between epilepsy and attention deficit hyperactivity disorder: a population-based cohort study // *PLoS One*. 2013. Vol. 8 (3): e57926.
12. Dheeraj R., Kerr M.P., McManus S., Jordanova V., Lewis G., Brugha T.S. Epilepsy and psychiatric comorbidity: A nationally representative population-based study // *Epilepsia*. 2012. Vol. 53 (6). P. 1095–1103.
13. Ettinger A.B., Kanner A.M. Psychiatric issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Williams, 2007. P. 203–247.
14. Ettinger A., Reed M., Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma // *Neurology*. 2004. Vol. 63(6). P. 1008–1014.
15. Fazel S., Wolf A., Langstrom N., Newton C.R., Lichtenstein P. Premature mortality in epilepsy and the role of psychiatric comorbidity: a total population study // *Lancet*. 2013. Vol. 382. P. 1646–1654.
16. Goldstein M.A., Harden C.L. Epilepsy and Anxiety // *Epilepsy Behav.* 2000. Vol. 1(4). P. 228–234.
17. Harden C.L. The co-morbidity of depression and epilepsy: epidemiology, etiology, and treatment // *Neurology*. 2002. Vol. 59. P. 48–55.
18. Hermann B.P., Seidenberg M., Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression // *Epilepsia*. 2000. Vol. 41(2). P. 31–41.
19. Hesdorffer D.C., Ishihara L., Mynepalli L., Webb D.J., Weil J., Hauser W.A. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association // *Ann. Neurol*. 2012. Vol. 72 (2). P. 184–191.
20. Jette N., Beghi E., Hesdorffer D., Moshé S.L., Zuberi M.S., Medina M.T., Bergen D. ICD coding for epilepsy: Past, present, and future – A report by the International League Against Epilepsy Task Force on ICD codes in epilepsy // *Epilepsia*. 2015. Vol. 56 (3). P. 348–355.
21. Jobe P.C., Dailey J.W., Wernicke J.F. A noradrenergic and serotonergic hypothesis of the linkage between epilepsy and affective disorders // *Crit. Rev. Neurobiol*. 1999. Vol 13(4). P. 317–156.
22. Jobe P.C. Common pathogenic mechanisms between depression and epilepsy: an experimental perspective // *Epilepsy Behavior*. 2003. Vol. 4 (3). P. 14–24.
23. Kanner A.M., Barry J.J., Gilliam F. Psychiatric Comorbidities in epilepsy: Streamlining Recognition and Diagnosis to Improve Quality of Life // *Counselling Points*. 2009. Vol.1. P. 1–15.
24. Kanner A.M., Barry J.J., Gilliam F., Hermann B., Meador K.J. Depressive and anxiety disorders in epilepsy: do they differ in their potential to worsen common antiepileptic drug-related adverse events? // *Epilepsia*. 2012. Vol. 53. P. 1104–1108.
25. Keezer M.R., Bell G.S., Neligan A., Novy J., Sander J.W. Cause of death and predictors of mortality in a community-based cohort of people with epilepsy // *Neurology*. 2016. Vol. 86. P. 704–712.
26. Kobau R., Gilliam F., Thurman D.J. Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its associations with self-reported depression and anxiety: results from the 2004 HealthStyles Survey // *Epilepsia*. 2006. Vol. 47(11). P. 1915–1921.
27. Marsh L., Rao V. Psychiatric complications in patients with epilepsy: a review // *Epilepsy Res*. 2002. Vol. 49(1). P. 11–33.
28. Mula M., Agrawal N., Mustafa Z., Mohanalingham K., Cock H.R., Lozadi D.A., von Oertzen T.J. Self-reported aggressiveness during treatment with levetiracetam correlates with depression // *Epilepsy Behavior*. 2015. Vol. 45. P. 64–67.
29. Mula M., McGonigal A., Micoulaud Franchi J.A., May T. W., Labudda K., Brandt C. Validation of rapid suicidality screening in epilepsy using the NDDIE // *Epilepsia*. 2016. Vol. 57(6). P. 949–955.
30. Neligan A., Sander J.W. Premature mortality in epilepsy: is it preventable? // *Expert Rev Neurother*. 2011. Vol. 11. P. 767–770.
31. Nevalainen O., Ansakorpi H., Simola M., Raitanen J., Isojärvi J., Artama M. et al. Epilepsy-related clinical characteristics and mortality. A systematic review and meta-analysis // *Neurology*. 2014. Vol. 83. P. 1968–1977.
32. Park S-J., Lee H.B., Ahn M.H., Park S., Choi E.J., Lee H-J., Ryu H.U., Kang J-K., Hong J.P. Identifying Clinical Correlates for Suicide Among Epilepsy Patients in South Korea: A Case-Control Study // *Epilepsia*. 2015. Vol. 56. P. 1966–1972.
33. Perucca P., Jacoby A., Marson A.G., Baker G.A., Lane S., Benn E.K., Thurman D.J., Hauser W.A., Gilliam F.G., Hesdorffer D.C. Adverse antiepileptic drug effects in new-onset seizures: a case-control study // *Neurology*. 2011. Vol. 76. P. 273–279.
34. Sackellares J.C., Berent S. Psychological Disturbances in Epilepsy // *Neurology*. 2000. Vol. 54(1). P. 8–14.
35. Schmitz E.B., Robertson M.M., Trimble M.R. Depression and schizophrenia in epilepsy: social and biological risk factors // *Epilepsy Research*. 1999. Vol. 35(1). P. 59–68.
36. Tellez-Zenteno J.F., Patten S.B., Jetté N., Williams J., Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis // *Epilepsia*. 2007. Vol. 48(12). P. 2336–2344.
37. Thapar A., Kerr M., Harold G. Stress, anxiety, depression, and epilepsy: investigating the relationship between psychological factors and seizures // *Epilepsy Behavior*. 2009. Vol. 14. P. 134–140.
38. Torta R., Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications // *Epilepsia*. 1999. Vol. 40(10). P. 2–20.
39. Trimble M. Treatment issues for personality disorders in epilepsy // *Epilepsia*. 2013. Vol. 54(Suppl 1). P. 41–45.
40. Trinka E., Kienpointner G., Unterberger I., Luef G., Bauer G., Doering L.B. et al. Psychiatric comorbidity in juvenile myoclonic epilepsy // *Epilepsia*. 2006. Vol. 47(12). P. 2086–2091.
41. Tucker G.J. Seizure disorders presenting with psychiatric symptomatology // *Psychiatric Clinics of North America*. 1998. Vol. 21(3). P. 625–635.
42. Vazquez B., Devinsky O. Epilepsy and anxiety // *Epilepsy Behavior*. 2003. Vol. 4(4). P. 520–525.
43. Vuilleumier P., Jallon P. Epilepsy and psychiatric disorders: epidemiological data // *Rev Neurol (Paris)*. 1998. Vol. 154(4). P. 305–317.
44. World Health Organization, International Bureau for Epilepsy and the International League against Epilepsy. Atlas: Epilepsy Care in the World, 2005: Global Campaign Against Epilepsy, 2005. Geneva.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Н.И. Шова, В.А. Михайлов, Ю.В. Попов, А.К. Дружинин

Количество пациентов с эпилепсией и завершённой попыткой суицида в 5 раз выше, чем в общей популяции и занимает третью позицию среди причин смерти в этой нозологической группе. Первично данные пациенты наблюдаются у неврологов, и зачастую психопатологическая симптоматика остаётся не распознанной, что влечёт за собой значительное ухудшение качества жизни и социальной дезадаптации. В данном обзоре мы раскрываем основные моменты заболевания, которые могут привести к развитию суици-

дальных намерений у пациентов с эпилепсией в рамках биопсихосоциального подхода. Учитывая клиническую значимость заболевания и распространённость среди лиц молодого возраста, лучшее понимание возможных суицидальных намерений может помочь в оптимизации социальной адаптации больных и превенции суицидов на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: эпилепсия, риск суицида, непсихотические психические расстройства, аффективные нарушения.

SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH EPILEPSY IN PRACTICE OF NEUROLOGIST DOCTOR

N.I. Shova, V.A. Mikhailov, Yu.V. Popov, A.K. Druzhinin

The number of patients with epilepsy and a completed attempt at suicide is 5 times higher than in the general population and ranks third among the causes of death in this nosological group. Initially, these patients are observed by neurologists, and often psychopathological symptoms remain unrecognized, which entails a significant deterioration in the quality of life and social maladjustment. In this review, we reveal the main points of the disease that can lead to the development of suicidal

intentions in patients with epilepsy in the framework of a biopsychosocial approach. Given the clinical significance of the disease and the prevalence among young people, a better understanding of possible suicidal intentions can help optimize the social adaptation of patients and prevent suicides in the outpatient stage.

Key words: epilepsy, risk of suicide, non-psychotic mental disorders, affective disorders.

Шова Наталья Игоревна – аспирант отделения реабилитации больных с психосоматическими расстройствами, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ России, Санкт-Петербург; e-mail: skins_cassi@outlook.com

Михайлов Владимир Алексеевич – доктор медицинских наук, заместитель директора по инновационному научному развитию и международному сотрудничеству, руководитель международного отдела, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения реабилитации больных с психосоматическими расстройствами, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ России, Санкт-Петербург

Попов Юрий Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, главный научный сотрудник и научный руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ России, Санкт-Петербург

Дружинин Андрей Константинович – канд. мед. наук, младший научный сотрудник отделения реабилитации больных с психосоматическими расстройствами, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ России, Санкт-Петербург