

Профиль расстройств настроения у пациентов с идиопатической и структурной эпилепсией

Осичкина А.О.², Касьянов Е.Д.¹, Шова Н.И.¹, Большакова А.К.³, Корсакова Е.А.¹, Гребенщикова Р.В.¹, Мазо Г.Э.¹

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

²Клиника «Доктор САН», Санкт-Петербург, Россия

³Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель. Провести сравнительный анализ частоты встречаемости и клинико-психопатологических особенностей первичных расстройств настроения (БАР и РДР), а также аффективных симптомов, оцениваемых в перииктальном и интериктальном периодах, у пациентов с идиопатической и структурной формами эпилепсии. **Материалы и методы.** В исследование были включены 50 пациентов с эпилепсией, прошедших структурированное диагностическое интервью по шкале MINI для верификации коморбидных психических расстройств. Для оценки психопатологической симптоматики использовался специально разработанный опросник, позволяющий категоризировать аффективные симптомы по отношению к преиктальному, постиктальному и интериктальному периодам. Дополнительно применялся комплекс валидизированных психометрических шкал (MADRS, HADS, BDI, SHAPS, C-SSRS, QOLIE-31 и др.) для оценки тяжести аффективной симптоматики, суицидного риска и качества жизни. **Результаты:** Согласно полученным данным, у пациентов с идиопатической эпилепсией выявлена значительно более высокая распространенность расстройств настроения по сравнению с пациентами со структурной формой. Наличие гипертимии в интериктальный период было связано с более высокими шансами наличия расстройства настроения у пациентов с идиопатической и структурной формами эпилепсии. Коморбидность с расстройствами настроения достоверно снижает качество жизни и сопряжено с более выраженными симптомами депрессии, ангедонии, а также с существенно более высоким суицидальным риском, включая суицидальные мысли и поведение. **Заключение:** Проведенный анализ позволил выявить статистически значимые различия в распространенности расстройств настроения между группами пациентов с разными формами эпилепсии, а также установить ключевые клинические и психометрические корреляты коморбидности, что подчеркивает необходимость целенаправленного скрининга и дифференцированного подхода к ведению данной категории пациентов.

Ключевые слова: расстройства настроения, депрессия, биполярное расстройство, эпилепсия, идиопатическая эпилепсия, структурная эпилепсия

Информация об авторах:

Осичкина Анастасия Олеговна — e-mail: nnnaaasssttttyyaaa777@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7333-6459>

Касьянов Евгений Дмитриевич — e-mail: ohkasyan@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Шова Наталья Игоревна — e-mail: shova_natalia92@outlook.com; <https://orcid.org/0000-0003-3635-5850>

Большакова Алиса Константиновна — e-mail: 98bolshakova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1786-3916>

Корсакова Екатерина Анатольевна — e-mail: eakors@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0000-9403-476X>

Гребенщикова Руслана Владимировна — e-mail: ruslana411@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0392-1051>

Мазо Галина Элевна — e-mail: galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7910-9129>

Как цитировать: Осичкина А.О., Касьянов Е.Д., Шова Н.И., Большакова А.К., Корсакова Е.А., Гребенщикова Р.В., Мазо Г.Э. Профиль расстройств настроения у пациентов с идиопатической и структурной эпилепсией. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:5:88-98. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1364>.

Конфликт интересов: Г.Э. Мазо является членом редакционной коллегии.

Финансирование: Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда в рамках проекта №25-75-00070.

Mood Disorder Profile in Patients with Idiopathic and Structural Epilepsy

Anastasia O. Osichkina², Evgeny D. Kasyanov¹, Natalya I. Shova¹, Alisa K. Bolshakova³, Ekaterina A. Korsakova¹,
Ruslana V. Grebenshchikova¹, Galina E. Mazo¹

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

²Clinic "Doctor SUN", St. Petersburg, Russia

³Leningrad Regional Clinical Hospital, St. Petersburg, Russia

Research article

Summary. To conduct a comparative analysis of the recurrence and clinical-psychopathological characteristics of primary mood disorders (bipolar disorder and recurrent depressive disorder), as well as affective symptoms measured in the peri-ictal and interictal periods, in patients with idiopathic and structural epilepsy. **Material and Methods.** The study included 50 patients with epilepsy who completed a structured diagnostic interview using the MINI scale to verify comorbid conditions. A specially developed questionnaire capable of classifying affective symptoms in relation to the pre-ictal, post-ictal, and interictal periods was used to assess psychopathological symptoms. Additionally, a set of validated psychometric scales (MADRS, HADS, BDI, SHAPS, C-SSRS, QOLIE-31, etc.) was used to assess the severity of affective symptoms, suicide risk, and quality of life. **Results:** According to the data obtained, patients with idiopathic epilepsy had a significantly higher prevalence of mood disorders compared to patients with the structural form. The presence of interictal hyperthymia was associated with higher odds of mood disorders in patients with both idiopathic and structural epilepsy. Comorbidity with mood disorders significantly reduces quality of life and is associated with more severe symptoms of depression and anhedonia, as well as a significantly higher risk of suicide, including suicidal thoughts and behavior. **Conclusion:** The analysis revealed statistically significant differences in the prevalence of mood disorders between groups of patients with different forms of epilepsy, as well as identified key clinical and psychometric correlates of comorbidity, highlighting the need for targeted screening and a differentiated approach to the management of this patient population.

Keywords: mood disorders, depression, bipolar disorder, epilepsy, idiopathic epilepsy, structural epilepsy.

Information about the authors:

Anastasia O. Osichkina — e-mail: nnnaasssttttyyaa777@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7333-6459>

Evgeny D. Kasyanov — e-mail: ohkasyan@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Natalya I. Shova — e-mail: shova_natalia92@outlook.com; <https://orcid.org/0000-0003-3635-5850>

Alisa K. Bolshakova — e-mail: 98bolshakova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1786-3916>

Ekaterina A. Korsakova — e-mail: eakors@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0000-9403-476X>

Ruslana V. Grebenshchikova — email: ruslana411@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0392-1051>

Galina E. Mazo — email: galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7910-9129>

To cite this article: Osichkina AO, Kasyanov ED, Shova NI, Bolshakova AK, Korsakova EA, Grebenshchikova RV, Mazo GE. Mood Disorder Profile in Patients with Idiopathic and Structural Epilepsy. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:5:88-98. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1364>. (In Russ.)

Conflict of interests: Galina E. Mazo is a member of the editorial board.

Funding: This study was supported by a grant from the Russian Science Foundation under project No. 25-75-00070.

На протяжении многих лет проблема совместного течения расстройств настроения и эпилепсии является одной из наиболее актуальных в современной психоневрологии. [1] Согласно последним данным, около 23,6% пациентов с эпилепсией сталкиваются с расстройствами настроения, среди них 9,5% — с депрессией и 6,9% — с биполярным аффективным расстройством (БАР) [10]. Тем не менее данные о распространенности и структуре этих нарушений остаются крайне противоречивыми. Существующая литература демонстрирует широкий разброс показателей встречаемости расстройств настро-

ения, что связано как с гетерогенностью клинических форм эпилепсии (идиопатические и структурные), так и с методологическими различиями проводимых исследований [11].

Особую значимость изучению расстройств настроения при эпилепсии придает их доказанное влияние на суицидальный риск и качество жизни. Согласно результатам многоцентровых исследований, наличие в анамнезе маниакальных и депрессивных эпизодов представляет собой наибольший фактор риска суицидальных попыток у пациентов с эпилепсией [9]. В более поздних работах БАР рассматривался как ключевой предиктор актив-

ных суицидальных мыслей и суицидального поведения у пациентов с фокальной эпилепсией [10].

Таким образом, коморбидная аффективная патология не только утяжеляет течение основного заболевания, но и создает непосредственную угрозу жизни пациента, что делает ее своевременное выявление критически важным. Хотя связь эпилепсии и расстройств настроения не вызывает сомнений, вопросы о специфике этой коморбидности при разных формах заболевания, а также о ее полном влиянии на психосоциальное функционирование пациентов остаются открытыми ввиду методологической неоднородности существующих данных. Целью данного исследования является предварительный анализ частоты встречаемости и клинической значимости расстройств настроения в структуре разных форм эпилепсии.

Характеристика выборки исследования. Данное пилотное кросс-секционное исследование проводилось на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Протокол исследования одобрен ЛЭК НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева от 27.11.2025 № ЭК-И-25/25

Пациенты для исследования были отобраны путем изучения историй болезни и методом клинического наблюдения как в стационарной, так и в амбулаторной сетях. Участники исследования проходили структурированное интервью по Краткому международному нейропсихиатрическому опроснику MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) с исследователем для верификации клинического диагноза и выявления сопутствующих психических расстройств. Постановка диагноза «Эпилепсия» выполнена врачами-неврологами стационарной и амбулаторной сетей в соответствии с критериями Международной противоэпилептической лиги ILAE (International League Against Epilepsy). Научное исследование одобрено Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Критерии включения пациентов в исследование:

1) Лица мужского и женского пола европейского происхождения в возрасте от 18 лет включительно, владеющие русским языком, с диагнозом «идиопатическая эпилепсия» или «Структурная эпилепсия».

2) Наличие подписанного информированного согласия.

Критерии невключения пациентов в исследование:

1) Пациенты с сопутствующим психическим диагнозом, соответствующим критериям МКБ-10 в рубриках F00-09 и F20-29.

Критерии исключения:

1) Отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании или решение врача исключить пациента в связи с тем, что он открыто проявляет агрессивное поведение или представляет угрозу жизни себе и окружающим.

В ходе исследования оснований для исключения пациентов не возникло.

Характеристика методов исследования. Исследование выполнялось с использованием клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, психометрического и статистического методов.

Клинико-анамнестический метод: участники исследования указывали свои социо-демографические, антропометрические, анамнестические (наличие хронических заболеваний, семейный анамнез, наркологический анамнез, дебют и длительность эпилепсии, частота и тип приступов) данные при заполнении электронной карты исследования. **Клинико-психопатологический метод:** проводилось изучение психической патологии и оценка психического статуса пациента. Участники исследования проходили структурированное интервью по Краткому международному нейропсихиатрическому опроснику MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) с исследователем для верификации клинического диагноза и выявления сопутствующих психических расстройств.

Диагностическое интервью MINI включает модули для оценки различных категорий психических расстройств с указанием временной привязки симптомов (текущий эпизод или наличие в анамнезе). В разделе расстройств настроения оцениваются большое депрессивное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, а также БАР I и II типов (диагностируется на основании данных анамнеза). Расстройства, связанные с тревогой и страхом представлены паническим расстройством, агорафобией, генерализованным тревожным расстройством (ГТР) и социальным тревожным расстройством.

Также оценивается наличие обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и антисоциального расстройства личности. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ), включают диагностику синдрома зависимости и злоупотребления. Психотические расстройства охватывают широкий круг состояний, включая расстройство настроения с психотическими симптомами. Среди прочих расстройств MINI позволяет диагностировать нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание, а также оценить текущий суицидальный риск.

Далее симптомы были категоризированы по отношению к временным периодам эпилептического приступа следующим образом [14]:

1. **Преиктальные симптомы.** К данной категории отнесены симптомы, которые могут возникать за 3 дня до начала эпилептического приступа и имеют тенденцию к сохранению в течение 1 дня после его окончания¹
2. **Иктальные симптомы.** Эта категория включает симптомы, наблюдаемые непосредственно в момент фокального эпилептического приступа.
3. **Постиктальные симптомы.** В данную группу вошли симптомы, которые манифести-

руют следом за приступом или развиваются в течение периода до 120 часов (5 суток) после него.

4. Интериктальные симптомы. К этой категории отнесены симптомы, не обнаруживающие временной связи с эпилептическими приступами.

Для оценки психопатологических симптомов нами был разработан опросник (приложение 1). Оценивалось наличие симптомов в каждом из вышеуказанных периодов.

Психометрический метод. Использовались следующие методики:

1. Краткий международный нейропсихиатрический опросник MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview, D V Sheehan et al., 1998)

2. Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Montgomery SA, Asberg M, 1979)

3. Колумбийская Шкала Оценки Тяжести Суицида C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale, Posner K. et al., 2011)

4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983)

5. Шкала депрессии Бека BDI (Beck Depression Inventory, Beck, et al., 1961)

6. Шкала ангедонии Снайта-Гамильтона SHAPS (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, Snaith et al., 1995)

7. Шкала безнадёжности Бека (Beck A. et al., 1974)

8. Опросник «Качество жизни больных эпилепсией» (Quality of Life in Epilepsy Inventory-31 (QOLIE-31), Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al., 1998)

9. Национальная госпитальная шкала тяжести приступов (The National Hospital Seizure Severity Scale (NHS3), O'Donoghue M.F., Duncan J. S., Sander J.W.A.S., 1966)

Статистический метод. Статистический анализ и визуализация данных проводились на языке программирования R (версия 4.0.2) в RStudio v1.4.1717. В качестве мер центральной тенденции использовались арифметическая средняя и стандартное отклонение — $M(\sigma)$, а также медиана и межквартильный размах — Md (IQR). Категориальные переменные описывались процентными долями с приведением абсолютных чисел — $\%(n)$. Распределение количественных определялось согласно критерию Колмогорова-Смирнова (Рис.1).

Распределение основных количественных переменных значимо отличалось от нормального распределения. В связи с этим межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрических критериев. Для анализа количественных переменных использовался критерий Манна-Уитни для попарных сравнений. Для определения статистической значимости различий распределения категориальных характеристик между пациентами с разными типами БАР и между пациентами с диагнозами БАР и РДР использовался непараметрический критерий χ^2 Пирсона, а также точный критерий Фишера в случае малого (<10)

количества участников в анализируемых подгруппах. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. Всего в исследование было включено 50 пациентов с диагнозом идиопатическая эпилепсия и структурная эпилепсия, из которых 72% ($n=36$) были женщинами. Средний возраст пациентов составил 31.58 (10,1) лет, медианный возраст 30,5 (24-37), минимальный — 18, максимальный — 63. Диагноз идиопатическая эпилепсия был диагностирован у 68% ($n=34$), структурная эпилепсия была выявлена у 32% ($n=16$). Из всех пациентов с эпилепсией расстройства настроения были выявлены у 26% ($n=13$), из них с диагнозом ДЭ/РДР — 46% ($n=6$), с диагнозом БАР — 54% ($n=7$).

Проведен анализ выявляемости первичных расстройств настроения, а также других возможных психиатрических диагнозов среди пациентов с идиопатической и структурной формами эпилепсии (Табл.1). Показатели распространенности расстройств настроения (ДЭ/РДР и БАР) существенно выше у пациентов с идиопатической формой эпилепсии, чем среди пациентов со структурной формой.

Далее мы стратифицировали выборку на 2 группы — пациенты с эпилепсией и расстройствами настроения и пациенты с эпилепсией без них — для оценки влияния эпилепсии на течение и тяжесть сопутствующего расстройства настроения, а также анализа общих механизмов коморбидности и ее возможного влияния на эффективность терапии.

Испытуемые, страдающие расстройством настроения, согласно результатам, были значительно моложе, меньшую длительность эпилепсии и реже принимали медикаментозную терапию сроком от 5 лет (Табл.2). Пациенты с расстройством настроения и эпилепсией чаще наносили несауцидальные самоповреждения, переживали психологическое насилие в сравнении с группой без расстройств настроения. Также эти пациенты чаще отмечали суицидальные мысли и суицидные попытки в течение жизни (Табл.3).

Среди испытуемых с расстройством настроения и без него не было выявлено статистически значимых различий по частоте возникновения периктальных и интериктальных нарушений. Далее было проведено сравнение частоты встречаемости отдельных аффективных симптомов в периктальном и интериктальном периодах у пациентов с эпилепсией и расстройством настроения и пациентов с эпилепсией без расстройств настроения. Значимая ассоциация выявлена только для гипертимии: её наличие было связано с более высокими шансами наличия расстройств настроения. При этом гипертимия наблюдалась у 7 пациентов в интериктальном периоде (3 с БАР и 2 с ДЭ/РДР и 2 без расстройств настроения) и у 1 в предиктальном. (Табл.4)

Было проведено сравнение результатов прохождения психометрических шкал пациентов с расстройствами настроения и без них (Табл.5).

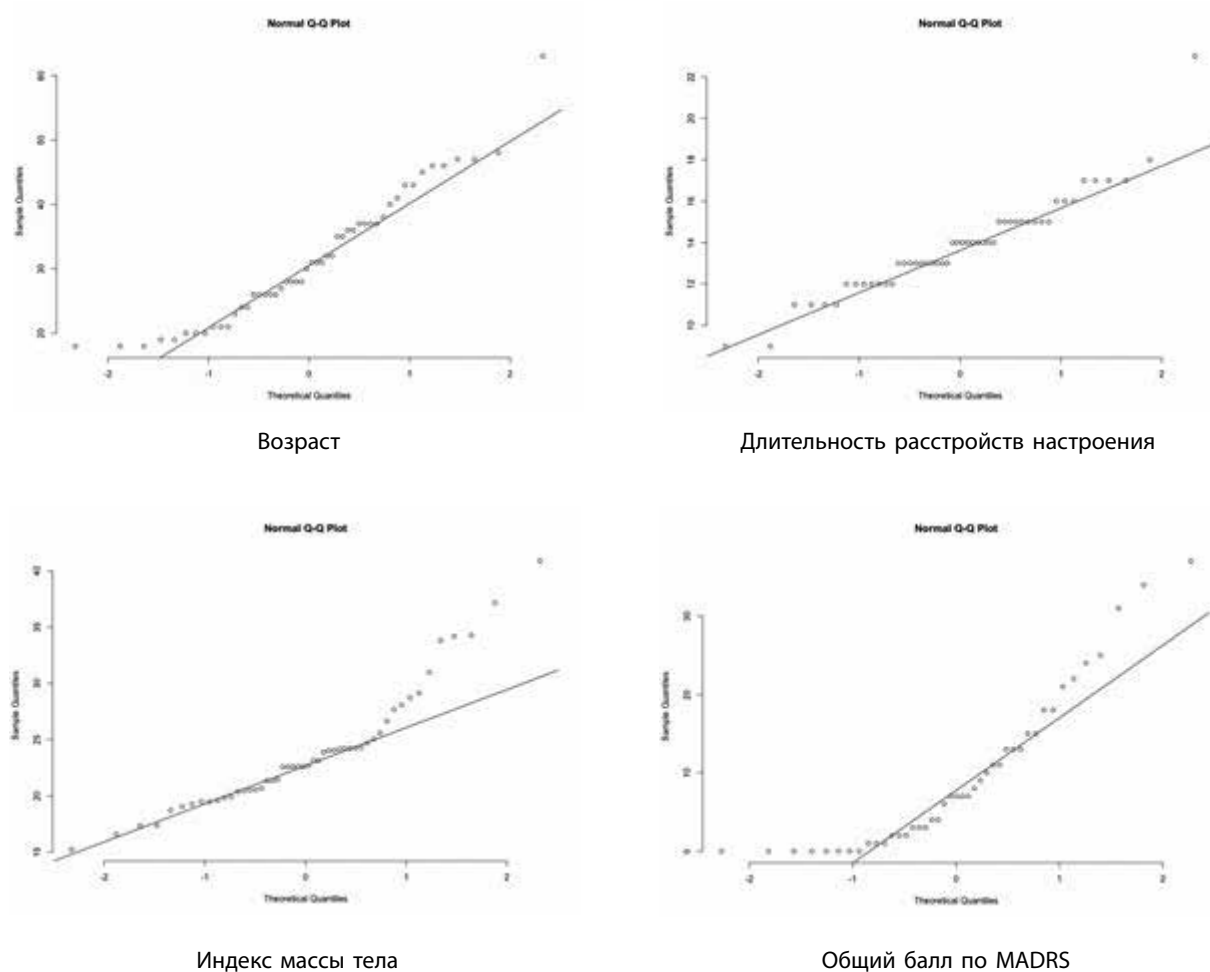


Рис. 1. Квантиль-квантиль плотности распределения основных количественных переменных
Fig. 1 Quantile-quantile plots of the distribution of the main quantitative variables

Согласно результатам анализа, у пациентов с эпилепсией и расстройством настроения ожидаемо наблюдалась более выраженная тяжесть депрессии (по BDI, Шкале безнадёжности Бэка, HADS и MADRS), более выраженный уровень ангедонии (по SHAPS), а также они чаще переживали суицидальные мысли, демонстрировали суицидальное поведение и имели повышенный суицидальный риск по сравнению с пациентами без расстройств настроения (по C-SSRS). Частота миоклоний была выше у пациентов с расстройством настроения и эпилепсией. (по подшкале NHS3 Миоклонии) Также было установлено, что качество жизни у пациентов с расстройством настроения достоверно хуже по всем подшкалам QOLIE-31, за исключением подшкал “Боязнь приступов” и “Социальное функционирование”, в сравнении с пациентами без диагноза расстройства настроения. (QOLIE-31) **Обсуждение результатов.** В проведенном исследовании подтвердилась высокая частота встречаемости расстройств настроения — 22% случаев среди пациентов с идиопатической эпилепсией, 4% — среди пациентов со структурной формой. При этом в текущем исследовании все случаи

БАР (n=7) были диагностированы исключительно в подгруппе пациентов с идиопатической эпилепсией. Тем не менее полученные результаты о распространенности расстройств настроения среди пациентов с эпилепсией не воспроизводились ранее в других исследованиях из-за высокой методологической гетерогенности. Так, в исследовании de Oliveira GN [6] среди 73 пациентов с височной (вариант структурной эпилепсии) эпилепсией любое расстройство настроения в течение жизни наблюдалось в 36 (49.3%) случаях, при этом БАР диагностировано у 7 (9.6%) пациентов. В другой работе [8] униполярная депрессия выявлена у 5 (17,2%) человек со структурной эпилепсией (n=29) и у 6 (22,2%) исследуемых с идиопатической эпилепсией (n=27), при этом БАР не было выявлено ни у одного пациента. В других исследованиях, изучающих ЮМЭ (юношескую миоклоническую эпилепсию, подтип первично-генерализованной) частота встречаемости расстройств настроения варьировалась от 5% до 25%, а распространенность униполярной депрессии достигала 21%. [5,7,15] В исследовании Ertem D.H. et al (2017) среди 30 исследуемых пациентов с ЮМЭ только

Таблица №1. Сравнение пациентов с идиопатической и структурной эпилепсией по частоте встречаемости первичных расстройств настроения
Table 1. Comparison of patients with idiopathic and structural epilepsy by the incidence of primary mood disorders

Расстройства	Структурная эпилепсия (N = 16)	Идиопатическая эпилепсия (N = 34)	OR (ДИ 95%)	p-значение для критерия Фишера
Любые расстройства настроения	1 (6.25%)	12 (35.29%)	0.12 [0.02 — 1.02]	0.03907
ДЭ/РДР	1 (6.25%)	5 (14.71%)	0.387 [0.041 — 3.617]	0.6498
БАР	0 (0%)	7 (20.59%)	NA	NA
ГТР	0 (0%)	5 (14.71%)	NA	NA
ПР	0 (0%)	8 (23.52%)	NA	NA
Агорафобия	4 (25%)	4 (11.76%)	2.5 [0.536 — 11.652]	0.2488
СТР	2 (12.5%)	1 (2.94%)	NA	NA
ОКР	0 (0%)	2 (5.88%)	NA	NA
ПТСР	0 (0%)	1 (2.94%)	NA	NA
Аддикции	0 (0%)	2 (5.88%)	NA	NA
РПП	0 (0%)	2 (5.88%)	NA	NA

Примечание: NA — не оценивалось
 Note: NA — not available

Таблица 2. Различия по социально-демографическим и клиническим характеристикам в зависимости от наличия у исследуемых диагноза расстройства настроения
Table 2. Differences in socio-demographic and clinical characteristics depending on the presence of a mood disorder diagnosis in the subjects

Характеристика		Расстройство настроения "Есть" (N = 13)	Без расстройств настроения (N = 37)	p-значение
Пол	Женский	10 (20%)	26 (52%)	0.7344
	Мужской	3 (6%)	11 (22%)	
Возраст (лет)		26.0 (19.0-32.0)	31.0 (26.0 — 40.0)	0.04268
ИМТ		22.58 (20.45-24.22)	22.68 (19.84-25.06)	0.8944
Длительность образования		13.0 (12.0-14.0)	14.0 (13.0-15.0)	0.06816
Форма эпилепсии	Идиопатическая	11 (22%)	15 (30%)	0.009183
	Структурная	2 (4%)	22 (44%)	
Возраст манифеста эпилепсии		15.0 (13.0-17.0)	12.0 (4.0-20.0)	0.2726
Длительность эпилепсии		7.0 (5.0-18.0)	20.0 (7.0-28.0)	0.04996

у 1 человека был выявлен диагноз БАР II типа [12] Можно предположить, что такие различия с нашими результатами связаны с тем, что данное исследование проводилось на базе неврологического отделения Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург), где чаще наблюдаются резистентные случаи эпилепсии, что могло теоретически привести к увеличению числа пациентов с сопутствующими рас-

стройствами настроения. Однако большая часть пациентов с БАР и эпилепсией получила диагноз расстройства настроения впервые при обследовании, что указывает на проблему гиподиагностики расстройств настроения в неврологической практике. В текущем исследовании для изучения возможных взаимосвязей с эпилепсией было выделено 5 аффективных симптомов: гипертимия, тревога, раздражительность, депрессивное настроение и ангедония.

Таблица №3. Различия по частоте встречаемости несуицидных самоповреждений, суицидных мыслей и попыток, пережитого психологического насилия, а также семейного анамнеза расстройств настроения и эпилепсии в зависимости от наличия у исследуемых диагноза расстройства настроения
Table 3. Differences in the incidence of non-suicidal self-harm, suicidal thoughts and attempts, psychological abuse, and family history of mood disorders and epilepsy depending on the presence of a mood disorder diagnosis in the subjects

Характеристика		Расстройство настроения "Есть" (N = 13)	Без расстройств настроения (N = 37)	p-значение
Несуицидные самоповреждения	Есть	6 (12%)	6 (12%)	0.05503
	Нет	7 (14%)	31 (62%)	
Суицидные мысли	Есть	12 (24%)	11 (22%)	0.0001626
	Нет	1 (2%)	26 (52%)	
Суицидные попытки	Есть	8 (16%)	2 (4%)	8.605e-05
	Нет	5 (10%)	35 (70%)	
Психологическое насилие	Есть	6 (12%)	7 (14%)	0.0512
	Нет	7 (14%)	30 (60%)	
Семейный анамнез расстройств настроения	Есть	2 (4%)	0 (0%)	0.06367
	Нет	11 (22%)	37 (74%)	
Семейный анамнез по эпилепсии	Есть	2 (4%)	2 (4%)	0.2746
	Нет	11 (22%)	35 (70%)	
Семейный анамнез по суицидам	Есть	2 (4%)	1 (2%)	0.1618
	Нет	11 (22%)	36 (72%)	

Значимая ассоциация выявлена только для гипертимии: её наличие в интериктальный период было связано с более высокими шансами наличия расстройства настроения. Однако, нами были включены пациенты с расстройствами настроения вне зависимости от текущей фазы (обострения или ремиссии), поэтому сделать однозначный вывод о независимости симптомов от расстройства настроения не представляется возможным. Этот результат частично согласуется с данными исследования, где был обнаружен повышенный уровень эйфории² в любом периоде у пациентов с сопутствующей депрессией (26,3%) и «интериктальным дисфорическим расстройством» (ИДР) [16]. Исторически ИДР определялось как специфическое для пациентов с эпилепсией состояние, характеризующееся восемью симптомами, среди которых было выделено лабильные депрессивные симптомы (общая слабость, депрессивное настроение, инсомния, боль), лабильные аффективные симптомы (тревога и страх) и специфические симптомы (эйфорическое настроение и пароксизмальная раздражительность) [4]. Однако результаты современных исследований указывают на то, что ИДР не является специфическим клиническим проявлением у пациентов с эпилепсией, а наблюдаемая симптоматика может встречаться при многих других заболеваниях [2, 17].

² В данном исследовании под «гипертимией» подразумевался период крайне приподнятого настроения, что сопоставимо с термином «эйфория»

В отношении других симптомов проверить воспроизводимость результатов в полной мере не представляется возможным. Во-первых, при описании перииктальных и интериктальных симптомов авторы зачастую не проводили интервью на предмет выявления расстройств настроения, либо интервью не было структурированным [12]. Во-вторых, при изучении частоты встречаемости аффективных симптомов их определяют в контексте ИДР (не оценивая по отдельности) [13], либо не проводится скрининг на р-ва настроения. Таким образом, для получения надежных данных необходимы дальнейшие исследования со строгим дизайном и воспроизводимой методологии оценки психопатологии.

По нашим результатам, также наличие коморбидного расстройства настроения достоверно снижает качество жизни и сопряжено с более выраженными симптомами депрессии, ангедонии, а также с существенно более высокой частотой суицидальных мыслей, поведения и суицидального риска. Данные выводы согласуются с результатами других исследовательских работ. Так, согласно результатам многоцентрового исследования [9] было выявлено, что наличие в анамнезе маниакальных и депрессивных эпизодов представляет наибольший риск суицидальных попыток у пациентов с эпилепсией, а в более позднем исследовании [10] БАР у пациентов с фокальной эпилепсией было определено как ключевой фактор риска активных суицидальных мыслей и попыток.

Таблица №4. Различия по частоте встречаемости перииктальных и интериктальных нарушений в зависимости от наличия у исследуемых диагноза расстройства настроения
Table 4. Differences in the frequency of occurrence of peri-ictal and inter-ictal disorders depending on the presence of a mood disorder diagnosis in the subjects

Характеристика		Расстройство настроения "Есть" (N = 13)	Без расстройств настроения (N = 37)	p-значение
Любые перииктальные нарушения	Есть	6 (12%)	18 (36%)	1
	Нет	7 (14%)	19 (38%)	
Любые преиктальные симптомы	Есть	3 (6%)	5 (10%)	0.413
	Нет	10 (20%)	32 (64%)	
Любые интериктальные симптомы	Есть	7 (14%)	13 (26%)	0.3266
	Нет	6 (12%)	24 (48%)	
Любые постиктальные симптомы	Есть	1 (2%)	9 (18%)	0.2584
	Нет	12 (24%)	28 (56%)	
Симптомы в нескольких периодах	Есть	7 (14%)	15 (30%)	0.5204
	Нет	6 (12%)	22 (44%)	
Только аффективные симптомы в любой период (пред-/пост-/интериктальные)				
Симптом (переменная)		Расстройство настроения "Нет" (n=37): симптом "Есть" , n (%)	Расстройство настроения "Есть" (n=13): симптом "Есть", n (%)	p-значение
Гипертимия		3 (8.1%)	5 (38.5%)	0.0209
Тревога		7 (18.9%)	3 (23.1%)	0.707
Раздражительность		8 (21.6%)	3 (23.1%)	1.000
Депрессивное настроение		8 (21.6%)	2 (15.4%)	1.000
Ангедония		4 (10.8%)	1 (7.7%)	1.000

Примечание: OR — отношение шансов; ДИ — доверительный интервал. Для всех сравнений использовался точный критерий Фишера.

Note: OR — odds ratio; CI — confidence interval. Fisher's exact test was used for all comparisons.

Таким образом, полученные данные подчеркивают критическую важность целенаправленного скрининга на расстройства настроения, включая расстройства биполярного спектра, у пациентов с эпилепсией. Раннее выявление этой коморбидности, в первую очередь при идиопатических формах и раннем дебюте заболевания, является необходимым условием для разработки комплексной терапевтической стратегии, направленной на улучшение качества жизни и профилактику суицидального поведения.

Это исследование имеет ряд ограничений:

Во-первых, это кросс-секционное исследование с ретроспективной оценкой наличия и течения заболеваний, что также могло в некоторой степени снизить качество данных.

Во-вторых, в исследование были включены пациенты из стационара, что, возможно, привело к увеличению числа пациентов с коморбидными расстройствами.

В-третьих, маленький размер выборки, который может не отражать значимых отличий между исследуемыми группами.

В-четвертых, выборки пациентов с идиопатической и структурной формами эпилепсии не были равными по количеству, что могло повлиять на точность результатов.

Заключение. В проведенном кросс-секционном исследовании было показано наличие значительной коморбидности расстройств настроения и эпилепсии. В частности, распространенность расстройств настроения значительно выше у пациентов с идиопатической формой по сравнению со структурной. Необходимы дальнейшие исследования для определения распространенности, особенностей течения БАР и РДР в зависимости от формы эпилепсии. Скрининг на наличие расстройств настроения имеет важное значение при наличии диагноза эпилепсии, особенно в раннем дебюте заболевания для определения дальнейшей тактики лечения и улучшения клинических исходов.

Выводы. Согласно полученным данным, у пациентов с идиопатической эпилепсией выявлена значительно более высокая распространенность расстройств настроения по сравнению с пациентами со структурной формой. Наличие гипер-

Таблица №5. Сравнения результатов прохождения психометрических шкал пациентов с расстройствами настроения и без них
Table 5. Comparison of the results of psychometric scales in patients with and without mood disorders

Шкалы		Расстройство настроения "Есть" (N = 13)	Без расстройств настроения (N = 37)	p-значение
NHS3 Генерализованные тонико-клонические и билатеральные тонико-клонические приступы		17.0 (15.0-19.0)	18.0 (16.0-19.0)	0.7252
NHS3 Фокальные приступы с нарушением осознанности		0.0 (0.0-0.0)	0.0 (0.0-4.0)	0.06545
NHS3 Фокальные приступы без нарушения осознанности		0.0 (0.0-0.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.3073
NHS3 Миоклонии		6.0 (4.0-8.0)	0.0 (0.0-4.0)	0.002477
NHS3 Абсансы		0.0 (0.0-0.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.7029
Шкала депрессии Бэка		36.0 (18.75-42.50)	8.0 (2.0-17.0)	2.598e-05
Шкала безнадёжности Бэка		10.0 (6.75-13.0)	5.0 (2.5-8.0)	0.002575
Шкала оценки ангедонии Снайта-Гамильтона		4.0 (2.0-8.0)	0.0 (0.0-1.0)	0.0001701
Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS	Оценка уровня тревоги	9.0 (8.0-13.5)	5.0 (4.0-8.5)	0.01376
	Оценка уровня депрессии	11.5 (8.75-14.0)	4.0 (2.0-7.0)	3.335e-05
MADRS		19.5 (9.25- 26.5)	3.0 (0.5-10.0)	0.0001569
CSSRS (Суицидальные мысли)		5.0 (3.75-6.0)	0.0 (0.0-1.0)	1.14e-05
CSSRS (Суицидальное поведение)		3.0 (0.0-5.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.0001177
CSSRS (Суицидальный риск)		5.0 (3.75-6.0)	0.0 (0.0-1.0)	1.363e-05
<i>Сравнения результатов прохождения опросника QOLIE-31 пациентов с расстройствами настроения и без них</i>				
Сфера качества жизни		Расстройство настроения "Есть" (N = 13)	Без расстройств настроения (N = 37)	p-значение
Боязнь приступов		4.68 (3.83-6.37)	4.88 (2.82- 6.69)	0.6428
Общее качество жизни		5.6 (5.2-6.2)	8.4 (6.8-10.2)	0.0007239
Эмоциональное благополучие		4.2 (3.45-5.4)	9.0 (7.2-11.4)	4.676e-05
Энергичность/усталость		3.0 (2.1-5.6)	6.6 (4.8-8.4)	0.0009156
Когнитивное функционирование		7.77 (4.12-11.77)	15.9 (13.2- 19.66)	0.001943
Влияние АЭП		2.09 (1.67-2.75)	1.25 (0.54-2.08)	0.0305
Социальное функционирование		13.76 (12.74-16.33)	13.02 (11.23-14.8)	0.4064
Общий балл		43.66 (36.64-52.77)	60.1(49.39- 68.38)	0.01282
Общий балл по ВАШ		50.0 (30.0-62.75)	70.0 (55.0-75.0)	0.02853

тимии в интериктальный период было связано с более высокими шансами наличия расстройства настроения у пациентов с идиопатической и структурной формами эпилепсии. Коморбидность с расстройствами настроения достоверно снижает

качество жизни и сопряжено с более выраженными симптомами депрессии, ангедонии, а также с существенно более высоким суицидальным риском, включая суицидальные мысли и поведение.

Литература / References

1. Киссин М.Я., Селютин Е.В. Причины развития нозогенных психических расстройств у пациентов с эпилепсией. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2019;11(3):293-7. Kissin MYa, Selyutina EV. Causes of nosogenic mental disorders in patients with epilepsy. Epilepsiya i paroksizmal'nyye sostoyaniya. 2019;11(3):293-7. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2019.11.3.293-297>
2. Amiri M, Hansen CP. The interictal dysphoric disorder in patients with epilepsy: A doubtful disorder lacking diagnostic tools. Seizure. 2015;24:70-6. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.08.009>
3. Besag FMC, Vasey MJ. Prodrome in epilepsy. Epilepsy Behav. 2018;83:219-233. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.03.019>
4. Blumer D, Montouris G, Davies K. The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. Epilepsy Behav. 2004;5(6):826-40. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2004.08.003>
5. De Araujo Filho GM, Pascalicchio TF, Lin K, Sousa PS, Yacubian EM. Neuropsychiatric profiles of patients with juvenile myoclonic epilepsy treated with valproate or topiramate. Epilepsy Behav. 2006;8(3):606-9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2006.01.016>
6. De Oliveira GN, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, David AS, Teixeira AL. Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: an overview from a tertiary service in Brazil. Seizure. 2010;19(8):479-84. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2010.07.004>
7. Ertem DH, Dirican AC, Aydın A, Baybas S, Sözmen V, Oztürk M, Altunkaynak Y. Exploring psychiatric comorbidities and their effects on quality of life in patients with temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. Psychiatry Clin Neurosci. 2017;71(4):280-288. <https://doi.org/10.1111/pcn.12499>
8. Ertekin BA, Kulaksizoglu IB, Ertekin E, Gürses C, Bebek N, Gökyiğit A, Baykan B. A comparative study of obsessive-compulsive disorder and other psychiatric comorbidities in patients with temporal lobe epilepsy and idiopathic generalized epilepsy. Epilepsy Behav. 2009;14(4):634-9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.01.016>
9. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam FG, Kanner AM, Meador KJ. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. Epilepsy Behav. 2003;4:31-38.
10. Kanner AM, Saporta AS, Kim DH, Barry JJ, Altalib H, Omotola H, et al. Human Epilepsy Project. Mood and Anxiety Disorders and Suicidality in Patients With Newly Diagnosed Focal Epilepsy: An Analysis of a Complex Comorbidity. Neurology. 2023;100(11):e1123-e1134. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000201671>
11. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
12. Kwon OY, Park SP. Interictal irritability and associated factors in epilepsy patients. Seizure. 2016;42:38-43. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2016.09.014>
13. Mula M, Jauch R, Cavanna A, Gaus V, Kretz R, Collimadaglia L, Barbagli D, Cantello R, Monaco F, Schmitz B. Interictal dysphoric disorder and periictal dysphoric symptoms in patients with epilepsy. Epilepsia. 2010;51(7):1139-45. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02424.x>
14. Teixeira AL. Peri-Ictal and Para-Ictal Psychiatric Phenomena: A Relatively Common Yet Unrecognized Disorder. Curr Top Behav Neurosci. 2022;55:171-181. https://doi.org/10.1007/7854_2021_223
15. Trinka E, Kienpointner G, Unterberger I, Luef G, Bauer G, Doering LB, Doering S. Psychiatric comorbidity in juvenile myoclonic epilepsy. Epilepsia. 2006;47(12):2086-91. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2006.00828.x>
16. Wiglusz MS, Landowski J, Cubala WJ. Interictal dysphoric disorder of epilepsy: A continuing diagnostic challenge. Epilepsy Behav. 2019;95:34-38. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.03.036>
17. Zinchuk M, Kustov G, Pashnin E, et al. Interictal dysphoric disorder in people with and without epilepsy. Epilepsia. 2021;62(6):1382-90. <https://doi.org/10.1111/epi.16902>

Сведения об авторах

Осичкина Анастасия Олеговна — врач-психиатр, клиника “Доктор САН”. 191119, Санкт-Петербург, ул. Марата, д. 78, лит. Р. Email: nnnaaasssttyyuaaa777@gmail.com

Касьянов Евгений Дмитриевич — кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения социальной нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: i@kasyan.ru

Шова Наталья Игоревна — кандидат медицинских наук, невролог, старший научный сотрудник отделения лечения больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией ФГБУ «Националь-

ный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: shova_natalia92@outlook.com

Большакова Алиса Константиновна — врач-невролог Ленинградской областной клинической больницы (ЛОКБ). 194291, Санкт-Петербург, проспект Луначарского, дом 45, корпус 2, литер А. E-mail: 98bolshakova@gmail.com

Корсакова Екатерина Анатольевна — кандидат биологических наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической нейрофизиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: eakors@yandex.ru

Гребенщикова Руслана Владимировна — врач-рентгенолог, заведующий рентгеновским отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: ruslana411@gmail.com

Мазо Галина Элевна — доктор медицинских наук, заместитель директора по инновационному научному развитию ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: galina-mazo@yandex.ru

Поступила 06.05.2026

Received 06.05.2026

Принята в печать 20.09.2026

Accepted 20.09.2026

Дата публикации 30.10.2026

Date of publication 30.10.2026