

pessimistic, forecasting a balanced ambiguous and likely future developments teenagers. For teenagers without parental care, is the prevailing optimistic and ambivalent prediction of the future, while among adolescents raised in a family, are more common optimistic and balanced

assessment of optimism-pessimism in predicting future events.

Key words: adolescent, the probable future and optimism, unrealistic optimism, pessimism.

УДК 616.89-008.441.44-006

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ

П.Б. Зотов

Тюменская государственная медицинская академия

Контактная информация: Зотов Павел Борисович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздравсоцразвития России
Тел.: (3452) 73-27-45, e-mail: sibir@sibtel.ru

Приводятся данные обследования 406 онкологических больных с суицидальным поведением и результаты опроса 107 онкологов. Показано, что в основе суицидального поведения больных распространенным раком лежали мотивы соматического неблагополучия (88,9%). Большинство пациентов прямо (37,8%) или косвенно (41,5%) сообщали о своих суицидальных тенденциях, и искали возможность поговорить на эту тему. 61,7% онкологов считают, что активное выявление суицидальных идей может спровоцировать самоубийство, но 82,5% пациентов указывали, что открытое, доверительное обсуждение темы суицида способствовало улучшению их самочувствия. При высказывании суицидальных мыслей 58,8% врачей активно убеждают пациентов в нерациональности подобного выхода. Большинство онкологов отрицательно оценивают возможность суицида при врачебном содействии (74,8%) и эвтаназии (55,1%).

Ключевые слова: суицид, онкология, эвтаназия.

Больные злокачественными новообразованиями относятся к одной из наиболее суицидоопасных категорий. Тем не менее, применительно к самоубийствам, совершаемым онкологическими больными, определенных цифр привести нельзя, поскольку частота реализованных попыток суицида как в ранней, так и поздней стадии опухолевого заболевания точно неизвестна [27]. В отечественной клинической онкологии и психиатрии суицидологические аспекты практически не освещены. Лишь в единичных работах показано отсутствие взаимосвязи между уровнем смертности от рака и числом самоубийств [6].

Согласно данным ряда зарубежных авторов риск самоубийства онкологических пациентов в 2-4 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста [13, 14, 20, 28]. Среди лиц, состоявших на учете в канцер-регистре (Дания, США, Швейцария), до 0,32% больных совершают попытки самоубийства, и в 0,13-0,24% случаев они завершаются летальным исходом [10, 22, 35]. Перевод этих данных в абсолютные цифры позволяет заключить, что один из каждых 300 зарегистрированных пациентов в течение всего периода наблюдения совершает

суицидальную попытку, которая в 1-2 случаях из 3-х приводит к гибели.

Несмотря на проводимые исследования, принято считать, что это лишь незначительная часть реального количества суицидальных действий, так как число самоубийств в официальной статистике резко занижено, поскольку многие из них остаются нераспознанными [2, 5, 23]. Врачи и близкие суицидента нередко склонны расценивать его действия как аггравацию или симуляцию, исходя из того, что принятых им мер для прекращения жизни было недостаточно [18, 31]. В других случаях суицидальные попытки могут диссимулироваться или скрываться, а в качестве причин смерти указывается основное онкологическое заболевание. Обычно учитываются только немногие случаи, повлекшие за собой госпитализацию суицидентов в токсикологические, травматологические центры, или случаи, ставшие достоянием судебно-медицинской экспертизы. Так, в проводимых нами ранее исследованиях [3] доля официально зарегистрированных суицидальных действий, совершенных онкологическими больными, составила лишь 30,9%.

Используя Шведский Канцер-регистр, включающий 424177 пациентов P. Allebeck и соавт. [9] показали, что среди суицидентов преобладают мужчины, но эти различия практически отсутствуют в самоубийствах, совершенных в течение первого года после установления диагноза. Частота самоубийств у мужчин с онкологическими заболеваниями оказалась в 1,9 раза выше показателя суицидов среди всех мужчин, а частота самоубийств среди больных раком женщин в 1,6 раз выше, чем аналогичный показатель среди здоровых женщин.

Исследования, проведенные F. Levi и соавт. [30] в Швейцарии, отметили высокий риск самоубийства в течение первого года, после установления диагноза (3,9), с последующим его снижением до 2,2 за пятилетний период, и уменьшением до 1,5 в последующие годы. По мнению R. Chatton [13] риск самоубийства остается значительно повышенным для женщин даже в течение 15 лет после обнаружения опухоли.

Ряд зарубежных авторов [12, 13, 20] подтверждают мнение о высоком риске самоубийств в течение первого года после установления диагноза. Считается, что большинство самоубийств совершается в интервале 3-5 месяцев после выявления злокачественного новообразования, обычно вскоре после выписки из клиники [36].

Высоким суицидальным риском так же обладает период рецидива и прогрессирования заболевания, сопровождающийся неуклонным ухудшением состояния пациентов, появлением плохо контролируемых болей и других тягостных проявлений распространенного рака [2, 9, 12, 34].

Важным детерминантным фактором самоубийства является хроническая боль, так как на стадии генерализации опухоли от 80 до 94% пациентов страдают от боли, требующей назначения системной фармакотерапии [2, 4, 21]. Несмотря на широкое внедрение в практику программ по борьбе с болью, в настоящее время до 26% онкологических пациентов вообще не получают никакого болеутоляющего лечения [29]. Это может быть связано с недостатками диагностических и лечебных мероприятий, проводимых врачом и средним медицинским персоналом [1], а так же с нежеланием больных сообщить о наличии боли или применять анальгетики. Последний момент часто не учитывается, тем не менее, часть пациентов, даже при наличии умеренных и сильных болей, мотивируют отказ от приема болеутоляющих

средств опасением привыкания к лекарственным препаратам [26].

Между тем, коррекция хронического болевого синдрома является важным условием поддержания качества жизни у онкологических пациентов и профилактике нарушений психического статуса [1]. Известно, что хроническая боль имеет тесную связь с эмоциональными расстройствами. Болевой синдром, с одной стороны, может выступать в виде клинического маркера ларвированной депрессии, а с другой, индуцировать развитие психопатологической симптоматики. В онкологической практике хроническая боль обычно ведет к развитию депрессии. В проведенных нами ранее исследованиях у больных распространенными формами злокачественных новообразований с хронической болью было установлено, что депрессия выявлялась в 70,9% случаях [2]. Именно хроническая боль у этих больных явилась ведущим соматогенным фактором суицидальной активности. Более подробный анализ противоболевой терапии у этих пациентов показал, что на догоспитальном этапе в 96,0% случаев противоболевая фармакотерапия носила бессистемный характер и полного контролирования болей не было достигнуто ни у одного обследуемого. Последующее комплексное лечение, проводимое в условиях стационара, позволило добиться полного контролирования или значительного снижения боли у большинства пациентов, что способствовало снижению выраженности эмоциональных нарушений и суицидальной готовности этих больных.

Важным показателем является суицидальная динамика. Показано, что первые суицидальные идеи, как правило, формируются на этапе диагностики заболевания. Реже такой характер поведения встречается перед оперативным вмешательством и в период выявления рецидива опухоли. В этих случаях суицидальные действия совершаются достаточно спонтанно (для окружающих). В большинстве случаев суицидальные идеи, возникшие однажды, сохраняются длительный период, актуализируясь под воздействием суицидогенных факторов [2]. Длительное присутствие суицидальных идей, мотивированных, преимущественно, соматическими детерминантами распространенного злокачественного новообразования, позволяет тщательно продумать и спланировать суицид, выбрать метод и средства, гарантирующие, по мнению больного, летальный исход (эти категории отражают истинный характер суицида) [2, 23].

Выбор средства суицида при сравнении с общей популяцией имеет некоторые различия. Так, среди лиц неонкологического профиля с суицидальной целью в 70-80% случаев применяются лекарственные средства, пополняемые этот список уксусной кислотой, фосфорорганическими соединениями и другими химическими веществами [15, 16, 33]. У онкологических больных эту тенденцию можно так же проследить, но только в первые недели после выявления злокачественного новообразования, в период формирования, так называемых, острых суицидальных реакций. В дальнейшем, по мере «знакомства» с онкологической клиникой, в условиях доступности лекарственных средств различных классов, доля самоотравлений с помощью медикаментов увеличивается, достигая, особенно среди женщин, практически 100%.

Онкологические больные с целью самоубийства применяют практически все лекарственные средства, используемые в клинике: цитостатики, анальгетики, гормоны и др. [4, 11]. В большинстве случаев пациенты осуществляют одномоментный прием препаратов различных химических групп и классов, перед этим в течение достаточно длительного времени накапливая выдаваемые им лекарства [4, 21].

Среди больных с хронической болью эта тенденция так же прослеживается. Пациенты используют все классы анальгетиков (баралгин, пенталгин, трамал и др.), психотропные препараты (обычно феназепам и amitриптилин), а так же те средства, которые назначаются им для коррекции того или иного синдрома, обусловленного опухолью (спазмолитики, гипотензивные препараты и др.). Применение сразу нескольких классов препаратов ведет к более быстрому развитию и тяжелому отравлению, что значительно снижает возможности детоксикационной терапии. В некоторых случаях больные используют наркотические анальгетики [4]. В США эта ситуация даже послужила причиной опубликования специального письма министра юстиции, в котором рассмотрены некоторые действующие федеральные законоположения, регулирующие вопросы медицинского назначения наркотиков и других опасных лекарственных средств и их возможного использования в целях суицида и эвтаназии [11].

Невысок процент антидепрессантов среди средств суицида. Это может являться показателем их достаточно редкого применения в онкологической клинике, несмотря на то, что в эмоциональной сфере больных на всех этапах

лечения и реабилитации преобладает тревожно-депрессивный фон [2, 7, 24, 25, 27].

Таким образом, приведенные выше данные литературы свидетельствуют о том, что вопросы изучения суицидальной активности больных злокачественными новообразованиями актуальны. Имеющиеся публикации позволяют осветить проблему в целом, но отдельные вопросы суицидального поведения требуют дополнительных исследований.

Наша работа посвящена изучению ряда субъективных категорий двух взаимодействующих групп – врачей-онкологов и их пациентов – в отношении суицидальной активности последних.

Цель исследования: анализ мотивов суицидальной активности онкологических больных и отношения к этому вопросу врачей-онкологов.

Материал исследования.

Исследование включало 2 основных направления.

1. По специально разработанной анкете был проведен опрос 107 онкологов. В группу исследования включали врачей со стажем работы с онкологическими больными не менее 1 года. Среди опрошенных мужчины составили 55,1%, женщины – 44,9%. Стаж работы в онкологической клинике составлял от 1 года до 32 лет (средний – $12,59 \pm 4,1$ года). Опрос проводился однократно.

2. Группу исследуемых пациентов составили 406 больных распространенным раком, госпитализированных в онкологический стационар (г. Тюмень). Критерием включения в группу было присутствие различных форм суицидального поведения (при отсутствии психических нарушений психотического уровня и деменции). Женщины составляли 54,7%, мужчины – 45,3%. Возраст: от 23 до 82 лет (средний – $56,3 \pm 9,6$ лет).

С целью исключения психотравмирующего действия обсуждаемой темы анализ мотивов суицидальной активности проводился поэтапно: при оценке психического статуса, а так же в процессе психотерапевтической коррекции, осуществляемой в период стационарного лечения и динамического наблюдения. При получении полных данных результаты вносились в специально разработанную базисную карту. Статистический анализ результатов исследования проводился с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение.

1. Опрос группы врачей-онкологов.

Данные опроса показали, что 44,9% специалистов ранее встречались в своей лечебной практике с суицидальными действиями больных (непосредственно курировали этих пациентов или были свидетелями подобных случаев у коллег по работе). При этом врачи отмечали, что среди лиц, совершивших суицид, о своих суицидальных намерениях открыто сообщали лишь 6,2%, а косвенно 27,1% больных. Вместе с тем ретроспективно онкологи указывали на наличие явных признаков депрессии у 77,1% суицидентов.

В целом, эти данные соответствуют литературным, но низкий процент сообщений больных о своих суицидальных намерениях расходится с нашими результатами, полученными при анализе суицидальных действий, где эти показатели составляли 26,5% и 32,7% соответственно. Разница в 20% по частоте открытых сообщений больных наряду с объективными причинами может быть обусловлена, в том числе, нежеланием врачей брать на себя какую-либо ответственность за совершенный суицид.

Более близкие цифры к полученным нами, дают данные опроса о частоте сообщений больных, имеющих суицидальные идеи. Так, 29,9% онкологов указали, что больные самостоятельно высказывают суицидальные идеи, 22,4% – лишь при их активном выявлении. По мнению врачей, большинство пациентов (47,7%) мысли подобного плана не озвучивают.

Интересно, что 47,7% онкологов указали, что активно не выявляют аутоагрессивные идеи. Половина опрошенных (51,4%) сообщили, что выявление суицидального поведения они проводят только в случае, если у больного имеются признаки депрессии. При этом среди лиц, заполнивших анкеты, только один специалист указал, что всегда активно расспрашивает больных на эту тему. Основой такой тактики, по его словам, являлся случай самоповешения пациента в отделении онкологического диспансера в день дежурства этого специалиста.

Подобные данные приводятся и в литературе [17, 38]. Авторы отмечают, что врачи, как правило, знают о депрессивном состоянии своих пациентов, но склонны недооценивать степень дистресса у больных. После самоубийства больного медицинские работники, в последующем, уже не преуменьшают риск суицидального поведения и более адекватно относятся к таким пациентам [19].

По данным опроса низкий процент активного выявления суицидальных идей 61,7% он-

кологов связывали с возможностью провоцировать этим самоубийство больных. Между тем, большинство специалистов достаточно точно выделяли наиболее суицидоопасные периоды. Так, 32,0% врачей считали, что совершение самоубийства наиболее вероятно при не купируемом болевом синдроме, 18,0% – при значительном утяжелении состояния, 15,8% – при выявлении рецидива заболевания и метастазов, 15,0% – на этапе диагностики онкопатологии. Эти данные согласуются с выявленными нами периодами повышенной суицидальной готовности больных.

Как показали исследования, просто сообщение о наличии суицидальных мыслей редко является самоцелью больных. Как правило, при этом они пытаются получить какую-либо помощь. Анализ анкет выявил, что в 41,1% случаев больные просят совета относительно лечения, 19,6% просят оказать психологическую помощь, а в 12,2% случаев внешнее проявление повышенной суицидальной готовности имеет целью получить какое-либо дополнительное лечение, реже (в 5,6% случаев) – назначение наркотических препаратов для контроля болевых проявлений. Эти данные подтверждают преимущественно соматогенную обусловленность суицидального поведения у больных распространенным раком, и являются дополнительным свидетельством необходимости повышения качества оказываемого паллиативного лечения.

Ответы, характеризующие тактику онкологов при высказывании им больными суицидальных идей, показали, что в большинстве случаев (58,8%) врачи активно убеждают пациентов в нерациональности подобного выхода. В то же время каждый четвертый (23,4%) специалист указал, что в подобной ситуации не акцентирует внимание на этой теме и старается уйти от разговора, а 15,0% ограничиваются лишь минимальными нейтральными замечаниями по поводу данных высказываний. Эти цифры показывают, что 4 из 10 больных могут не получить необходимого внимания и психологической помощи со стороны врача в ответ на свои высказывания, что в целом подтверждает полученные нами данные в группе больных (см. ниже).

Мало изученным остается вопрос о возможности врача содействовать суициду больных. Среди опрошенных 29,0% указали на такие запросы пациентов. При этом большинство врачей (74,8%) высказали категорическое неприятие содействия самоубийству, а 24,3%

отметили, что оно возможно только в исключительных случаях: при далеко зашедших стадиях онкологического процесса с явлениями органной недостаточности (59,0%), при выраженном болевом синдроме (28,2%) или неспособности больного к самообслуживанию (12,8%). Реальное участие в подобной ситуации категорически отрицали все онкологи.

Аутоагрессивные идеи внешне могут реализовываться и в виде просьб об эвтаназии. На присутствие таких проявлений со стороны больных указали 41,1% врачей. И если возможность содействию самоубийству категорически отрицали 74,8% специалистов, то отрицательное отношение к эвтаназии высказали только 55,1% опрошенных, а 44,0% согласились с возможностью эвтаназии в исключительных случаях. Участие в эвтаназии отрицали все врачи.

Эти данные согласуются с результатами опроса американских врачей-онкологов. Так, в исследовании E. Emanuel и соавт. [19] было показано, что в целом врачи негативно относятся к эвтаназии и самоубийству при врачебном содействии, хотя содействие суициду все же рассматривается ими как более приемлемый путь решения вопроса о прекращении жизни больного. При этом решающим фактором считалось наличие непрерывных болей (45,5%) и трудность самообслуживания (35,5%). В тоже время подобный опрос врачей в Пуэрто-Рико, напротив, показал, что большая часть (31%) поддерживают эвтаназию, и лишь 11% согласились бы на помощь суициду у терминальных больных [32]. Это свидетельствует о неоднозначном отношении врачей к этой теме в различных странах и требует более полных исследований.

2. Обследование пациентов онкологического стационара позволило получить следующие данные.

Анализ периода возникновения мыслей о суициде показал, что в условиях онкологического заболевания суицидальные тенденции впервые возникали на диагностическом этапе у 18,7% больных. В 29,3% случаев появление суицидальных тенденций наблюдалось в период проведения хирургического лечения (мастэктомия, наложение стомы и др.). У 14,5% пациентов аутоагрессивная настроенность возникла при отказе в специальном лечении из-за распространенности заболевания или выраженной сопутствующей патологии. В катамнестический период, характеризующийся формированием адаптационных форм поведения в

изменившихся условиях жизни, суицидальное поведение впервые отмечали 6,7% человек. В большинстве случаев у этих пациентов наблюдались изменения отношений в семье, повышение конфликтов, явлений изолированности. Одним из наиболее неблагоприятных периодов по суицидальной настроенности, по сравнению с предыдущими, 34,7% больных назвали время выявления симптомов рецидива или прогрессирования опухоли. Ухудшение состояния, перевод на симптоматическое лечение являлись причиной формирования суицидального поведения у всех больных группы исследования. Безусловно, эти цифры приблизительные, так как рассчитывались по анамнестическим данным больных. Тем не менее, они позволяют рассматривать период прогрессирования рака как наиболее суицидоопасный. Это согласуется и представлениями врачей-онкологов.

Анализ мотивов показал, что подавляющее большинство – 88,9% – больных основным мотивом суицидальной готовности называли прекращение соматического страдания, 86,9% – избавление от болей, что в целом согласовывалось с данными опроса врачей. Несколько меньшее количество больных (78,1%) высказывали мысли о бессмысленности и мучительности дальнейшего существования. При этом 48,3% указывали на неэффективность проводимого лечения, а 38,2% – неспособность к самообслуживанию.

При анализе мотивов суицидальной готовности больных, в зависимости от локализации онкологического процесса, можно было отметить общую тенденцию мотивов. Вместе с тем, у больных раком молочной железы регистрировалось достоверно ($P < 0,05$) меньшее число мотивов бесперспективности существования (67,9%) и неэффективности лечения (38,7%), при одновременном доминировании желаний освободить родственников от ухода за ними (31,1%). В целом, преимущественно соматическая обусловленность суицидального поведения онкологических больных определяет важный аспект работы онколога по выявлению этих идей.

Как показали исследования, большинство больных прямо (37,8%) или косвенно (41,5%) сообщали о своих суицидальных тенденциях и искали возможность поговорить на эту тему. Наиболее часто эти проблемы больные озвучивали в беседе с врачом (61,1%), отмечая, что близкие не способны обсудить с ними эту тему.

Традиционно считается, что активное выявление суицидальных идей может и индуци-

ровать самоубийство больных. Однако наши наблюдения не согласуются с этими представлениями. Обсуждение темы суицида выявило положительное отношение у 82,5% больных, и лишь в 7,9% случаев вызывало негативную реакцию. Следует отметить, что наиболее часто обсуждение вопроса добровольного ухода из жизни поддерживали пациенты с суицидальными мыслями, замыслами и намерениями, для которых эти проблемы имели высокую значимость. Напротив, в беседе больные так же отмечали нежелание врачей обсуждать эту тему, что в целом соответствовало данным анкетного опроса врачей-онкологов представленных выше.

Необходимость активного выявления суицидальных идей поддерживается многими авторами, при этом А.Б. Смулевич [8] справедливо отмечает, что обсуждение этой проблемы может хотя бы на время облегчить состояние больного, предотвратить проявления аутоагрессии. В наших наблюдениях не было отмечено ни одного случая усиления суицидальной настроенности после беседы с больным о добровольном уходе из жизни.

Выявление суицидальных идей – важный этап оценки психического статуса больных, но для разработки мер профилактики необходимым условием также является изучение способа и условий совершения суицидальных действий. В беседе с больными можно установить предполагаемый способ суицида, что, в свою очередь, дает возможность определить направления профилактической работы, например, ограничение доступности к имеющемуся дома огнестрельному оружию, лекарственным средствам и др.

В нашем исследовании оценка предполагаемого способа суицида показала, что большинство больных (64,5%), среди которых достоверно ($P < 0,05$) доминировали женщины (85,5%), рассматривали наиболее вероятным вариантом совершения самоотравления, причем только одна из женщин в качестве средства указала на прием уксусной кислоты. Остальные пациенты среди возможных средств останавливали свой выбор на лекарственных средствах. Литературные источники так же свидетельствуют о частом использовании в качестве средства самоубийства назначенных больным психотропных и болеутоляющих, в том числе наркотических средств [4, 11]. В связи с этим можно согласиться с мнением А. Vainio [37], считающего, что много самоубийств может быть предотвращено только удалением из сфе-

ры внимания депрессивных онкологических больных различных ядов, потенциально опасных наркотиков и других фармакологических сильнодействующих средств.

Обычно самоотравление диагностируется у мужчин реже, чем у женщин. По нашим данным, мужчины с высокой частотой указывали на возможное использование, так называемых, «жестких» способов самоубийства, среди которых традиционно ведущее место занимало самоповешение (38,0%).

В целом, обобщая полученные результаты, можно сделать следующие выводы:

1. Почти половина (44,9%) врачей-онкологов встречались в своей лечебной практике с суицидальным поведением своих пациентов.

2. В основе суицидального поведения онкологических больных лежат мотивы соматического неблагополучия (88,9%).

3. По мнению врачей суицидальные мысли не озвучивают (47,7%) пациентов. При этом 61,1% больных отмечали, что пытались обсудить на эту тему с врачом.

4. Большинство онкологов (61,7%) считают, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство больных. Но при высказывании суицидальных мыслей больными, в большинстве случаев (58,8%), врачи активно убеждают пациентов в нерациональности подобного выхода.

5. Каждые 4 из 5 пациентов (82,5%) указывали, что открытое, доверительное обсуждение темы суицида способствовало улучшению их самочувствия.

6. Большинство врачей-онкологов отрицательно оценивают возможность суицида при врачебном содействии (74,8%) и эвтаназии (55,1%).

Литература:

1. Зотов П.Б. Хроническая боль среди факторов суицидальной активности онкологических больных // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина. – 2004. – №. 3. – С. 77-79.
2. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи) // Автореф. дисс.... докт. мед. наук. - Томск, 2005. – 48 с
3. Зотов П.Б., Уманский С.М. Вопросы эпидемиологии суицидального поведения больных злокачественными новообразованиями // Тюмен-

- ский медицинский журнал. – 2000. – № 1. С. 25-27.
4. Зотов П.Б., Уманский С.М. МСТ-континус в суицидальных действиях онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. – № 2-3. – С. 20.
 5. Зотов П.Б., Терентьева З.М. Новые подходы к системе учета суицидальных действий онкологических больных: результаты многоцентрового исследования // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. – №4. – С. 24-27.
 6. Разводовский Ю.Е. Суициды и смертность от рака в Беларуси // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 60-62.
 7. Симонов Н.Н., Гнездилов А.В. Терапия психогенных нарушений у больных злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта // "Совершенствование методов реабилитации онкологических больных". Тезисы всесоюзного симпозиума. – Л., 1978. – С. 78.
 8. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 256 с.
 9. Allebeck P., Bolund C., Ringback G. Increased suicide rate in cancer patient. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register // J. Clin. Epidemiol. – 1989. – Vol. 42, № 7. – P. 611-616.
 10. Allebeck P., Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients // Psychol. Med.. – 1991, Nov. – Vol. 21, № 4. – P. 979-84.
 11. Arhcroft J. Physician-assisted suicide and the prescription of narcotics // Heschdache. – 2002. – Vol. 42, № 3. – P. 234.
 12. Bellini M., Capannini D. Increased suicide risk in cancer patients // Minerva. Psichiatri. – 1994, Sept. – Vol. 35, № 3. – P. 175-186.
 13. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived a cancer registry // Rev. Epidemiol. Sante Publique. – 1990. – Vol. 38, № 2. – P. 125-131.
 14. Cimino J. The risk of suicide in cancer patients // 21st Europ. Soc. for Med. Onc. Cong. / Nov. 2-5, 1996, Vienna, Austria.
 15. Cooc R., Allcook R., Johnston M. Self-poisoning: current trends and practice in UK teaching hospital // Clim. Med. – 2008. – Vol. 8, № 1. – P. 37-40.
 16. Cristophers A.B., Hoegberg L.C.G., Pedersen M. Et al. Retrospective study of acute poisonings admitted to a Danish hospital in 2001 // J. Toxicol. Clin. Toxicol. – 2003. – Vol. № 4. – P. 500-501.
 17. DeRogatis R. Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms // Psychosom. – 1976. – Vol. 17. – P. 197-206.
 18. Drdkova S. Sebevrazednost ve svete v obdodi 1900-1982 // Cas. lek. cesk. – 1985. – Vol. 124, № 3. – P. 73-77.
 19. Emanuel E.J. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists and the public // Lancet. – 1996. – № 347. – P. 1805-1810.
 20. Filiberti A., Ripamonti C., Saita L. et al. Frequency of suicide by cancer patients at the National Cancer Institute of Milan over 1986-90 // Ann. Oncol. – 1991, Sep. – Vol. 2, № 8. – P. 610.
 21. Foley K.M. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide // Oncology overview. – 1993. – Vol. 1. – P. 89.
 22. Fox B.H., Stanek E.J., Boyd S.C., Flannery J.T. Suicide rate among cancer patients in Connecticut // J. Chronic. Dis. – 1982. – Vol. 35, № 2. – P. 89-100.
 23. Hietanen P., Lonnqvist J. Cancer and suicide // Ann. Oncol. – 1991. – Vol. 2, № 1. – P. 8.
 24. Hodgson G. Depression, Sadness and Anxiety // The management of terminal malignant diseases. – 3 Rev. ed, 1993. – С. 102-131.
 25. Holland J. (Холланд Дж.), Леско Л., Фрейдин Ю.Л., Шкловский-Корди Н.Е. Опыт введения в современную психоонкологию // Независимый психиатрический журнал. – 1995. – № 4. – С. 9-17.
 26. Johnson F., Glare P. Pain in hospitalized patients with cancer. Prevalence, clinical characteristics, impact on quality of life and patient-related barriers // Psycho-oncol. – 2000. – Vol. 9, № 5. – P. 30.
 27. Krant M., Roy Ph. Срочная медицинская помощь в онкологии. – М.: Медицина, 1985. – С. 383-394.
 28. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients // J. Psychosoc. Oncil. – 2006. – Vol. 24, № 1. – P. – 43-50.
 29. Lattanzio F., Gambassi G., Polla R. et al. Gestione del dolore nel paziente anziano affetto da cancro // G. gerontol. – 1998. – Vol. 46, № 1-2. – С. 125-126.
 30. Levi F., Bulliard J.L., La Vecchia C. Suicide risk among incident cases of cancer in the Swiss Canton of Vaud // Oncology. – 1991. – Vol. 48, № 1. – P. 44-47.
 31. Moens Guido F.G. The realibility of reported suicide mortality statistics. An experience from Belgium // Int. J. Epidemiol. – 1985. – Vol. 14, № 2. – P. 272-275.
 32. Ramfrez-Rivera J., Cruz J., Jaume-Anselmi F. Euthanasia. Assisted suicide and end-of-life care: attitude od students. Residence and attending physicians // Puerto Rico health Sci. J. – 2006. – Vol. 25, № 4. – P. 325-329.
 33. Saviue Ph., Bedry R., Flesch F. Epidemiologie des intoxications medicamenteuses volontares // Med. Ther. – 1999. – Vol. 5, № 1. – С. 45-48.
 34. Stenager E.N., Bille-Brache U., Jensen K. Cancer and suicide. Review of the literature // Ugeskr. Laeger. – 1991; Mar. 11. – Vol. 153, № 11. – P. 764-768.

35. Storm H.H., Christensen N., Jensen O.M. Suicides among Danich patients with cancer: 1971 to 1986 // *Cancer*. - 1992, Mar., 15. – Vol. 69, №6. – P. 1507-1512.
36. Tanaka H., Tsukuma H., Masaoka T. et al. Suicide risk among cancer patients: Experience at one medical center in Japan, 1978-1994 // *Jap. J. Cancer Res.* – 1999. – Vol. 90, № 8. – P. 812-817.
37. Vainio A. Several brain dysfunctions-mental states: depression, chronic idiopathic pain and a suicidal tendency // *Europ. J. of Pall. Care.* – 1995. – № 6. – P. 20.
38. Valente S.M., Saunders J.M. Oncology nurses' knowledge and misconceptions about suicide // *Cancer Pract.* – 1994. – Vol. 2, № 3. – P. 209-216.

SUICIDAL BEHAVIOR OF CANCER PATIENTS.
THE RATIO OF ONCOLOGISTS

P.B. Zotov

Tyumen State Medical Academy, Russia

The data survey 406 cancer patients with suicidal behavior and the results of a survey of oncologists 107. It is shown that the basis of suicidal behavior in patients with advanced cancer are the motives of somatic distress (88,9%). Most of the patients directly (37,8%) or indirectly (41,5%) reported their suicidal tendencies, and sought an opportunity to speak on this topic. 61,7% of oncologists believe that the active detection of suicidal ideation may provoke suicide, but 82,5% of patients indicated that an open, confidential discussion on the topic of suicide has helped to improve their health. At the utterance of suicidal thoughts, 58,8% of physicians are actively urging patients to irrationality of this release. Most oncologists assess the possibility of negative physician assistance in suicide (74, 8%) and euthanasia (55,1%).

Key words: suicide, cancer, euthanasia

Подписаться на журнал «Суицидология»

можно через каталог ОАО «Роспечать»

Индекс подписки: 57986

УДК 616.89-008.441.44+614.253

ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

П.Н. Москвитин, В.А. Кубасов

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Контактная информация: Москвитин Павел Николаевич, к. м. н., доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии, наркологии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ», тел.: (3843) 45-56-01

Опрошено 304 врача-психотерапевта, обучавшихся на курсах по психотерапии. Лишь менее 10% из них отвергли саму идею суицида. Свыше 90% опрошенных профессионалов среди возможных причин суицида отметили влияние на личностное решение каких-то предшествующих событий различной степени сложности, переживавшиеся субъектом как тяжелая психологическая трагедия, произошедшая в экстремальных жизненных обстоятельствах, одиночество, беспомощность, а также развившееся тяжелое, неизлечимое заболевание. Приводится клиническое наблюдение.

Ключевые слова: суицид, врач-психотерапевт.

Исследование многогранности феномена суицидального поведения базируется на представлениях большинства исследователей проблемы суицида как последствий процесса социально-психологической дезадаптации личности, возникающей при нарушении механизмов взаимодействия между индивидом и его соци-

альным окружением на фоне различных психотравмирующих ситуаций и стрессогенных факторов [1, 2 и др.]. Рассмотрение суицидального поведения лишь в психиатрических рамках неизбежно суживает, по мнению А.Г. Амбрумовой и О.Э. Калашниковой [1], угол зрения и оказывается явно недостаточным для понима-