

УДК 616.89-008.441.44
Обзор литературы
<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2024-15-3-18-25>

Суицидальное поведение пациентов онкологического профиля

Р.В. Бисалиев

Московская международная академия, Москва, Россия

Автор, ответственный за переписку: Бисалиев Рафаэль Валерьевич, rafaelbisaliev@gmail.com

Аннотация. Цель: провести анализ современных данных по проблеме суицидального поведения пациентов онкологического профиля. **Материалы и методы:** проведён анализ 49 источников отечественных и зарубежных авторов. Мы исключили дублирующие материалы (14 источников) во время обработки данных после прочтения названия и аннотации каждой статьи. Поиск осуществлялся в специальных медицинских ресурсах (RusMed, Medline, PubMed, Web of Science). Кроме того, были задействованы электронные библиотеки, такие как eLIBRARY.RU, КиберЛенинка и Библиотека диссертаций и авторефератов России dslib.net. **Результаты:** проведённый теоретический анализ научных исследований показал значительный уровень распространённости суицидального поведения у пациентов онкологического профиля. Следует отметить, что к настоящему времени не существует конкретных научно обоснованных руководств по профилактике самоубийств и суицидальных мыслей среди пациентов онкологического профиля. **Выводы:** предложены профилактические стратегии, в которых показана важность скрининга суицидального поведения в общей медицинской сети в виду высокой обращаемости суицидентов к специалистам.

Ключевые слова: суицид, онкология, факторы риска, профилактика, обзор литературы.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение пациентов онкологического профиля. *Медицинский вестник Юга России*. 2024;15(3):18-25. DOI 10.21886/2219-8075-2024-15-3-18-25.

Suicidal behavior of cancer patients

R.V. Bisaliev

Private educational institution of higher education «Moscow international academy»

Corresponding author: Rafael V. Bisaliev, rafaelbisaliev@gmail.com

Abstract. Objective: to analyze current data on the problem of suicidal behavior of cancer patients. **Materials and methods:** the analysis of 49 sources of domestic and foreign authors was carried out. The search was carried out in special medical resources, namely: RusMed, Medline, PubMed, and Web of Science. In addition, electronic libraries such as eLibrary were involved. RU, CyberLeninka and the Library of dissertations and abstracts of Russia dslib.net. **Results:** the theoretical analysis of scientific research has shown a significant level of prevalence of suicidal behavior in cancer patients. It should be noted that to date there are no specific scientifically based guidelines for the prevention of suicide and suicidal thoughts among cancer patients. **Conclusion:** preventive strategies are proposed, which show the importance of screening suicidal behavior in the general medical network in view of the high incidence of suicides to specialists.

Keywords: suicide, oncology, risk factors, prevention, literature review.

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Bisaliev R.V. Suicidal behavior of cancer patients. *Medical Herald of the South of Russia*. 2024;15(3):18-25. DOI 10.21886/2219-8075-2024-15-3-18-25.

Введение

Общепризнанным считается, что злокачественные новообразования (ЗНО) являются одной из самых распространённых причин заболеваемости и смертности. Фиксируется тренд увеличения показателей заболеваемости раком в мире. Опираясь на данные Международного агентства по изучению рака, можно отметить, что ежегодно в мире регистрируется более 12 млн новых случаев рака и около 6,2 млн смертей от него. Ежегодный темп

прироста ЗНО составляет примерно 2%, что превышает на 0,3–0,5% рост численности населения мира. Эксперты к 2050 г. прогнозируют рост онкологической заболеваемости до 24 млн случаев во всём мире, а смертность — до 16 млн ежегодно регистрируемых случаев [1].

Самые высокие показатели смертности у мужчин наблюдались в Восточной Европе — 171,0 на 100 тыс. Наименьшее количество смертельных случаев среди мужчин зарегистрировано в Центральной Америке — 67,4 на

100 тыс. Высокая смертность у женщин отмечена в Меланезии — 120,7 на 100 тыс., а самая низкая — также в Центральной Америке (64,2 на 100 тыс.) [2].

Что касается эпидемиологической ситуации в России, то в 2022 г. впервые в жизни выявлено 624 835 случаев злокачественных новообразований (в том числе 283 179 и 341 656 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2021 г. составил 7,6% [3]. Ежегодная смертность от раковых заболеваний в России составляет более 278 тыс. больных ЗНО (278992 в 2021 г.) За последние 20 лет (с 2000 по 2021 гг.), абсолютное число умерших и величина показателя уменьшились более чем на 5%. Еще больше снизилась смертность среди мужского населения (–29,22%). Стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований для женского населения был в два раза меньше, чем для мужского. Общее снижение смертности объясняется за счёт проводимых онкологами противораковых профилактических мероприятий и современных методов диагностики и лечения [4].

Менее драматична ситуация наблюдается среди детей и подростков. В 2019 г. в России было зарегистрировано 3759 случаев ЗНО среди детского населения (0–17 лет), в том числе 3182 случая среди детей (0–14 лет) и 577 случаев среди подростков (15–17 лет). В этом же году в стране умерли всего 842 ребенка (0–17 лет), среди детского населения (0–14 лет) — 715, среди подростков (15–17 лет) — 127. В 2020 г. учтены 3173 ребенка (0–14 лет), то есть на 586 меньше, чем в предыдущем (–15,5 %) [5].

Медико-социальная составляющая проблемы общественного здравоохранения ЗНО обусловлена смертностью от суицида. Исследователи подчеркивают, что суицидальная смертность при онкопатологии не является основной причиной, однако стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств у онкологических больных в 1,5–1,7 раза выше, чем в общей популяции [6, 7]. Это подтверждается ретроспективными популяционными исследованиями, охватывающими суммарно миллионы человек с катамнезом несколько десятков лет и включающими различные социо-демографические показатели (раса, пол, возраст, диагноз, соотношение смертности от суицидов онкологических заболеваний). Установлено, что риск суицида у больных ЗНО вне зависимости от пола в два-четыре раза выше, чем вся совокупность населения 10 стран Европы, Австралии, Японии, США [8]. Следует дополнить, что злокачественные новообразования, как правило, ассоциируются среди населения со страхом смерти, инвалидизацией, болью и беспомощностью, порождая серьезные психологические проблемы. В динамике развития заболевания это может приводить к повышению психической напряженности, длительным и тяжёлым психическим расстройствам, изменениям личности и актуализации суицидального поведения (СП) [9]. В целом суициды среди больных со злокачественными новообразованиями составляют 15–18% от общего числа случаев суицидальной аутоагрессии среди населения. В динамике онкологического расстройства в прогрессирующей и терминальной фазе ЗНО, намеренное желание умереть или ускорить смерть составляет 17% [10].

Несомненно, важным и актуальным является теоретический анализ проблемы суицидального поведения у

пациентов с онкологическими заболеваниями. Он позволяет выявить существенные факторы, влияющие на формирование суицидального поведения, клинические особенности, способы и специфичность СП в отношении формы ЗНО. Кроме того, полученная информация может быть использована при разработке профилактических программ суицидального поведения у этого контингента больных.

Цель исследования — провести анализ современных данных по проблеме суицидального поведения пациентов онкологического профиля.

Материалы и методы

Настоящий анализ литературных данных проводился в соответствии с поставленной целью исследования (поиск высококачественных систематических обзоров, касающихся распространённости суицидального поведения в структуре онкологических заболеваний в сравнительном аспекте, то есть с общими популяционными показателями суицидальности). Для более тщательного и корректного отбора материала мы следовали рекомендациям по составлению обзоров и мета-анализов, однако делали акцент на соответствие методологии касательно проведения литературных обзоров, чтобы обеспечить точное представление результатов. Рекомендации включают основные положения, такие как непредвзятость, полнота представленных результатов других авторов, чёткое формулирование темы, проблемы, описание всех источников информации (например, базы данных с датами охвата), описание процесса отбора исследований, описание характеристик, по которым были извлечены данные (например, объём исследования, период наблюдения), цитирование или ссылки на источники, создание общей интерпретации результатов в контексте других фактических данных, описания источников финансирования обзора и другую поддержку (например, предоставление данных) и роль спонсоров систематического обзора [11].

Нами проведён анализ 49 источников отечественных и зарубежных авторов. Мы исключили дублирующие материалы (14 источников) во время обработки данных после прочтения названия и аннотации каждой статьи. Поиск осуществлялся в специальных медицинских ресурсах, а именно: RusMed, Medline, PubMed, и Web of Science. Кроме того, были задействованы электронные библиотеки, такие как eLIBRARY.RU, КиберЛенинка и Библиотека диссертаций и авторефератов России dslib.net.

Во время подготовительного изучения литературы ключевое слово «суицид» появилось в качестве термина, который обычно использовался для обозначения изучаемой проблемы. В дальнейшем это привело нас к принятию формулы поиска: «суицид и соматические заболевания», «суицид и онкологические заболевания». Мы не ограничивали поиск по базам данных датой публикации, хотя акцент был на публикациях за последние 10 лет, то есть с 2014 г. по настоящее время.

Отбор материала осуществлялся по следующим критериям:

- статьи, которые, согласно их аннотациям, касались главным образом взаимосвязи между суицидальным поведением и онкологическими болезнями, то есть суицидальностью и другими связанными с ней

явлениями: стадия суицидального процесса (идея самоубийства, попытка самоубийства, завершённое самоубийство, риск самоубийства с клиническими характеристиками онкологических заболеваний): стадия и тяжесть течения, длительность болезни, влияние иных факторов на развитие заболевания и актуализацию СП (стресс, эмоциональный статус, качество жизни, отношение к болезни и проводимому лечению, половая принадлежность);

- статьи, опубликованные на русском и английском языках;
- статьи, тезисы которых были доступны в любой базе данных.

Для обобщения полученных данных был использован описательный анализ.

Результаты и обсуждение

Несмотря на то, что больные онкологическими заболеваниями (онкопатология — единственная хроническая соматическая болезнь, связанная с повышенным риском суицида мужчин и женщин) относятся к одной из наиболее суицидоопасных категорий, тем не менее статистика и феноменология суицидальности у этого контингента лиц остаются малоизученными. Вероятно, этим объясняется широкий разброс эпидемиологических данных. Так, уровень смертности вследствие самоубийств в Западной Европе и США колеблется в пределах 0,2–0,32% [7, 12, 13], при этом суицидальные мысли у онкологических пациентов вне зависимости от пола и без психиатрической патологии фиксировались от 0,8 до 71,4% по сравнению с зарегистрированной распространённостью суицидальных мыслей в общей популяции, составляющей от 1,1 до 19,8% [8]. Уровень суицидов пациентов со злокачественными новообразованиями статистически выше на 100–1100%, чем в сопоставимой группе населения [13].

Суицидальная активность обнаруживается при различной локализации или вида онкологического расстройства. Наибольший риск СП обладают рак лёгких и бронхов, ротовой полости и глотки, пищевода, желудка и поджелудочной железы, головы и шеи, саркома Капоши ВИЧ-позитивных [13]. Так, например, трёхлетний период (1992–2009 гг.) наблюдения за 46 309 пациентами и 107 736 участниками исследования, не страдающих раком, показал, что произошло 146 попыток самоубийства и 63 завершённых самоубийства. При этом риск завершённого самоубийства был выше в 3,5 раза среди пациентов с миеломой и в 1,9 раза среди пациентов с лимфомой, но достоверно не увеличился среди пациентов с лейкозией вне зависимости от половой принадлежности обследуемых. Наличие в анамнезе предраковых психических расстройств повышало риск самоубийства в 15–30 раз, но высокие суицидальные риски также наблюдались среди пациентов без такого анамнеза [14]. Также проведено ретроспективное популяционное исследование с использованием национальных репрезентативных данных программы эпиднадзора, эпидемиологии и конечных результатов за 1973–2014 гг. Среди 8 651 569 онкологических больных 13 311 совершили самоубийство; частота самоубийств составила 28,58 на 100 000 человеко-лет. Самые высокие показатели стандартизированного коэффициента смертности были у пациентов с диагнозами рака

лёгких, головы и шеи, яичек, мочевого пузыря и лимфома Ходжкина. У пациентов в возрасте младше 50 лет большинство самоубийств связано с гематологическими опухолями и опухолями яичек, у людей более 50 лет — с раком предстательной железы, лёгких и колоректальным раком [15]. В ходе многочисленных исследований было выявлено, что мужчины в возрасте 65 лет и старше с раком лёгких, поджелудочной железы, головы и шеи или предстательной железы подвергаются особенно высокому суицидальному риску [16]. Связь суицидального поведения с разновидностью рака проиллюстрирована в зарубежных исследованиях. Обследованы 9,300,812 онкологических больных (48,8% женщин) в возрасте от 0 до 80+ лет (6 417 560 — 69,0% были старше 60 лет) в период между 1975 и 2016 гг. В результате самоубийства выявлены у 14 423 пациентов, что составляет 0,26% всех смертей. Наибольшие показатели смертности были обнаружены у пациентов с раком дыхательной системы, за которыми следовали пациенты с диагнозами «Рак полости рта и глотки», «Миелома», «Рак костей и суставов, пищеварительной системы», а также «Рак головного мозга» и другие виды рака нервной системы. Однако наибольший риск самоубийства наблюдался у пациентов с раком гортани в первые два месяца после постановки диагноза; за этот период времени риск у этих пациентов был в 15,8 раз выше по сравнению с общей популяцией (что соответствует 33,54 дополнительным смертям на 10 000 человеко-лет с риском) [17]. Думается, что локализация рака действительно имеет важное клиническое значение для прогнозирования возможности развития риска самоубийства.

Отличия выявляются по выбору средства суицида. Среди лиц неонкологического профиля в 70–80% случаев с суицидальной целью применяются лекарственные средства, пополняемые этот список уксусной кислотой, фосфорорганическими соединениями и другими химическими веществами. У онкологических больных в динамике заболевания доля самоотравлений с помощью медикаментов увеличивается, достигая, особенно среди женщин, практически 100% [12, 18].

Современные исследования иллюстрируют предпочтения пациентами использования самоотравлений (64,5%), среди которых доминируют женщины (85,5%). Сообщается о частом использовании в качестве средства самоубийства назначенных больным психотропных и болеутоляющих, в том числе наркотических средств. Ими используются все классы анальгетиков (баралгин, пенталгин, трамал и др.), психотропные препараты (обычно феназепам и amitриптилин), а также те средства, которые назначаются им для коррекции того или иного синдрома, обусловленного опухолью (спазмолитики, гипотензивные препараты и др.). Применение сразу нескольких классов препаратов ведёт к более быстрому развитию и тяжёлому отравлению, что значительно снижает возможности детоксикационной терапии [12]. Оправданным считаем мнение некоторых авторов по внедрению надежных и доступных психосоциальных программ онкологии для поддержки психического здоровья данной категории пациентов [19]. Рекомендуются при лечении онкологических заболеваний осуществлять регулярную оценку факторов суицидального риска [20].

Особенно следует отметить, что самоубийство у больных со злокачественными новообразованиями редко является спонтанным поступком. Так как планирование по возможной реализации попытки самоубийства осуществляется в течение достаточно продолжительного времени. До совершения суицидальных действий около 80% пациентов посещали врача-онколога, и о своих суицидальных намерениях они косвенно или открыто сообщали членам семьи. Кроме того, врачи, как правило, знают о депрессивном состоянии своих пациентов, но склонны преуменьшать степень дистресса онкобольных [10]. Думается, требуется внедрение методов активного выявления суицидальных тенденций у пациентов онкологического профиля как специалистами высшего звена, так и медицинскими сестрами.

Рак головного мозга

Повышенный риск самоубийства ассоциируется с наличием диагноза рака мозга. В частности, анализ 87 785 пациентов с раком головного мозга, диагностированным в период с 2000 по 2016 гг. в Национальном институте рака США показал, что 29 пациентов (0,03%) умерли в результате самоубийства и 33 993 (38,7%) — от рака и других причин в течение первого года после постановки диагноза. Пациенты с ЗНО, умершие от самоубийства, были мужчинами (27 — 93,1%) старше 44 лет (24 — 82,8%), были белыми (26 — 89,9%) и имели глиобластому (18 — 62,1%) [21]. В работах зарубежных авторов указывалось, что четырехкратный риск самоубийства по сравнению с населением в целом и двукратный риск по сравнению с другими онкологическими заболеваниями обнаружен при опухолях мозга и шеи [22]. В литературе представлен клинический случай, в котором пациент страдал злокачественной глиомой головного мозга. Пациентом были совершены членовредительские акты (многочисленные раны груди, глубина которых достигала 7 см) в виду манифестации психотической симптоматики [23]. Некоторые авторы подчеркивали, что повышенная склонность к суициду может быть основана на проводящих путях мозга, затронутых локализацией опухоли и хирургическими путями [24]. Так или иначе опухолевый процесс неизбежно затрагивает деятельность мозговых нейротрансмиттеров. Изменения в структурах и функциях мозга, такие как уменьшение количества нейронных клеток, плотности и размера, а также уменьшение толщины коры и изменения в синаптических цепях, могут быть связаны с большим депрессивным расстройством, стрессом и суицидальным поведением [25]. Высказано предположение, что на актуализацию суицидальных мыслей и попыток могут влиять гистопатологические опухолевые процессы. Например, диагноз глиобластомы чаще связан с повышенным риском самоубийства, чем другие виды опухолей [26]. Оперативное вмешательство пациентов с низкоккачественной глиомой было обусловлено высоким риском развития суицидальных мыслей [27]. Хотя причина развития суицидальных форм неясна, можно предположить, что суицидальность при онкологических заболеваниях сохраняет свою актуальность в последующие периоды жизни. Считается, что пациентам со злокачественными новообразованиями (ЗНО) чаще свойственны суицидальные мысли, чем суицидальные попытки

или завершённые самоубийства. При этом основная проблема для пациентов с раком головного мозга заключается в том, что заболевание приводит к физическому, психическому и духовному напряжению личных ресурсов. Эти факторы накладываются на предрасполагающие личностные характеристики и могут привести к депрессии и самоубийству [28]. Не нашли своего подтверждения предположения о риске суицида с опухолевым поражением лобных долей [29], что, вероятно, связано с организацией и реализацией методов исследования.

Рак лёгких

Рак лёгких также является диагнозом, сопровождающимся высоким риском суицидального поведения. Иными словами, уровень самоубийств у больных раком лёгких выше, по сравнению с населением в целом, но также он (риск) почти в два раза выше, чем при других локализациях рака, вместе взятых [30]. Чаще всего уровень суицида фиксировался у мужчин в странах Европы. Как правило, этот риск был связан с табакокурением и пьянством, хроническими гепатитами В и С, преморбидными психическими проблемами [31]. Кроме того, установлено, что частота суицидальных мыслей была выше у представителей мужского пола, чем у женщин. Суицидальные попытки (СП) совершали лица, имеющие психические нарушения [32], они чаще реализовали brutальные формы суицида (самоповешение) [33]. Вместе с тем имеются работы, иллюстрирующие более высокий уровень СП при раке лёгких у женщин (особенно суицидальных мыслей) по сравнению с мужчинами [34]. При этом показано, что с прогрессированием заболевания увеличивается частота суицидальных мыслей. Превалирование суицидальных мыслей у женщин объясняется тем, что они обладают более высокой стрессоустойчивостью к негативным проявлениям и событиям жизни [35]. Суицидальные мысли в какой-то мере являются специфическим признаком СП при раке лёгких. У больных раком лёгких частота суицидальных мыслей выше, чем у больных другими видами онкологических заболеваний [36] и составляет 22,68% [35]. С одной стороны, тяжесть заболевания и его симптомы (одышка, усталость, боль и тошнота, снижение массы тела и аппетита) способствуют повышению риска суицида [37]. С другой стороны, высокий уровень самоубийств также отмечен среди больных раком лёгких с благоприятным прогнозом [38].

К сожалению, имеются лишь ограниченные сведения о причинах, способствующих повышенному риску самоубийства среди больных раком лёгких. Предполагается, что причиной повышенной суицидальности у больных раком лёгких является отсутствие психологической поддержки и эмпатического общения со стороны медицинских работников, возможно, из-за временных ограничений рабочего времени и кадрового дефицита специалистов. Не исключается низкий уровень знаний о конкретных факторах риска самоубийства [39].

Рак желудка

Опасность риска самоубийства возрастает при наличии диагноза рака желудка. Согласно данным официальной статистики, риск самоубийства у пациентов с раком желудка примерно в четыре раза выше, чем у населения

США в целом. Также обнаружено, что у женщин с раком желудка уровень самоубийств в восемь раз выше, чем у населения соответствующего пола [40]. В то же время у пациентов с раком желудка обоих полов в возрасте от до и 50 лет и старше лет вероятность совершения самоубийства была высокой [41]. При этом риск самоубийства наиболее высок в течение первых трёх месяцев после постановки диагноза [42]. Причиной возникновения суицидальных мыслей при раке желудка является психологическое напряжение в преодолении фрустрирующих ситуаций [43]. Однако есть утверждения, что психологический аспект проблемы недостаточно изучен ввиду малого количества научных исследований [44]. В других работах выявлено, что у 131 из 378 выживших после рака желудка (34,7%) наблюдались суицидальные мысли. Они в значительной степени ассоциировались с доходом пациентов, сопутствующей патологией, курением и общим состоянием здоровья. Доказана связь суицидальных мыслей с симптомами заболевания (усталостью, тошнотой, рвотой, одышкой, потерей аппетита, запорами, диареей, ограничениями в еде, беспокойством, сухостью во рту, выпадением волос и экзистенциальностью) [45]. Так как подавляющее большинство самоубийств у пациентов с раком желудка происходит в течение первого года после постановки диагноза, раннее выявление и лечение людей из группы риска имеет первостепенное значение [40].

Несомненно, определение научно обоснованных факторов риска, связанных с суицидом среди пациентов с раком желудка, является ключевым моментом в разработке скринингового инструмента и стратегии психофармакотерапевтического и психотерапевтического вмешательства. А целенаправленный и улучшенный скрининг, выделение пациентов с раком желудка в отдельную группу по факторам суицидального риска, позволит существенно снизить частоту самоубийств у данного контингента больных.

Рак предстательной железы

Исследователи полагали, что самоубийство у пациентов с раком предстательной железы является распространённым состоянием, которое может наступить даже через много лет после постановки диагноза (мужчины подвержены риску суицида через 15 лет и более с момента диагностирования рака предстательной железы). Иными словами, риск самоубийства на самом деле может сместиться от вторичного психологического воздействия диагноза «рака» (краткосрочного) к, возможно, долгосрочным побочным эффектам или страданиям в результате лечения или общего процесса старения. Поэтому на всех этапах диспансерного наблюдения и лечения необходимо брать во внимание предикторы суицидальной смертности, особенно у лиц с увеличением возраста, не состоящих в браке, без хирургического лечения и имеющих метастатическое заболевание. До 5–12% пациентов с этим диагнозом может иметь суицидальные наклонности, идеи. Авторы упомянутого исследования подкрепили свои выводы тремя популяционными исследованиями. Одно из них отражает распространённость СП при различных злокачественных новообразованиях мочеполовой системы. В частности, суицидальный риск был значительно выше у пациентов с раком предстательной железы высокой степени злокачественности (с

аденокарциномой по шкале Gleason от 8 до 10), местно-распространённым раком (стадия T₃ и T₄ по классификации TNM) и отдалёнными метастазами. В дальнейшем риск самоубийства был связан с особенностями лечения, ухудшающимся соматическим статусом, прогрессирующей анемией и хроническим болевым синдромом. На основании полученных данных, авторы пришли к заключению, что более высокий риск суицида выявлен у мужчин с раком предстательной железы по сравнению с населением в целом [46]. Следует отметить, что метастатические формы рака простаты позволяют пятилетнее дожитие около 28%, а при раннем выявлении рака простаты пятилетняя выживаемость составляет приблизительно 100% [47].

Гинекологический рак

Суицидальное поведение также чаще, чем у населения в целом, фиксируется у пациенток с гинекологическим раком. В частности, среди 252 235 больных, наблюдавшихся в течение 1 207 278 человеко-лет, уровень самоубийств составил 8,3 на 100 000 человеко-лет при стандартизированном коэффициенте смертности 1,4 (95% доверительный интервал 1,2–1,7; $p < 0,001$). Высокие показатели различных форм суицидального поведения были обнаружены у пациентов с раком яичников и в течение первого года после постановки диагноза. Риск самоубийства был связан с более молодым возрастом на момент постановки диагноза, высокой степенью тяжести заболевания и отсутствием хирургического вмешательства [48]. Приводятся данные, в которых СП зависит от вида гинекологического рака. Женщины с раком яичников имели более высокий риск самоубийства и смерти в результате несчастного случая, чем группа без рака. Кроме того, к группе повышенного суицидального риска отнесены пациенты с эпителиальным раком яичников II типа, пациенты с диагнозами «Высокодифференцированный неметастатический рак» и «Экзентерация тазовых органов» [49].

Заключение

Таким образом, проведённый теоретический анализ научных исследований показал значительный уровень распространённости суицидального поведения у пациентов онкологического профиля.

Следует отметить, что к настоящему времени не существует конкретных научно обоснованных руководств по профилактике самоубийств и суицидальных мыслей среди пациентов онкологического профиля. Более того, в практической деятельности врач проводит опрос, касающийся тревоги, сниженного настроения, употребления психоактивных веществ. Диагностика суицидального риска осуществляется в исключительных или явных (неотложных) случаях. Вместе с тем известно, что у пациентов онкологического профиля вероятность возникновения суицидальных тенденций в два раза выше, чем в популяции в целом.

Таким образом, на основе проведённого анализа источников литературы по проблеме суицидального поведения при онкологических заболеваниях сделаны следующие выводы:

- суицидальная активность в структуре онкологических заболеваний остаётся весьма высокой и колеблется в широких пределах (от 0,2% до 93,1%);

- в наибольшей степени суицидальное поведение проявляется у пациентов со следующими заболеваниями: рак головного мозга, рак лёгких и бронхов, рак желудка, рак предстательной железы и гинекологический рак;
- взаимосвязь между суицидальным поведением и онкологическими заболеваниями подтверждается в основном популяционными исследованиями;
- имеется существенный пробел в работах по установлению причинно-следственных взаимоотношений между возникновением суицидального поведения и указанных заболеваний, по механизмам суицидогенеза и факторам риска суицидов;
- подавляющее число исследований по проблематике суицидального поведения в структуре онкологических болезней ограничивается статистическими данными по распространённости суицидального поведения;
- периодом повышенного суицидального риска является период от двух месяцев до одного года после постановки диагноза онкологического расстройства;
- в группе пациентов онкологического профиля преобладающими формами суицидального поведения являются суицидальные мысли и самоотравления;
- психологические и социальные стрессовые факторы являются значимыми в формировании суицидального поведения у пациентов с онкологическими заболеваниями;
- практически отсутствуют работы по изучению психологических, клинко-психопатологических и клинко-динамических аспектов суицидального поведения пациентов онкологического профиля.

Обобщив данные литературы, мы можем сформулировать следующие стратегии профилактической направленности:

- онкологические болезни должны рассматриваться специалистами не психиатрического профиля как потенциально суицидоопасные состояния;
- разработка скрининговых диагностических программ для онкологических пациентов для оценки суицидального риска может сыграть жизненно важную роль в предотвращении депрессии и риска самоубийства на различных стадиях заболевания;
- для установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов её лечения и профилактики в исследовательскую часть (сбор биографических и клинических данных) необходимо включить вопросы, касающиеся суицидального риска, такие как отягощённость суицидами в семейном анамнезе, клинические проявления депрессии (антивитальные переживания), суицидальные мысли, суицидальные намерения и суицидальные попытки (если таковые имели место быть);
- в план лечения и реабилитации пациентов с вышеуказанным списком заболеваний с потенциальным суицидальным риском включаются консультации всех специалистов в области психического здоровья: психиатра, психотерапевта и медицинского психолога;
- в целом профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия должны быть направлены на повышение стрессовой устойчивости и терапию стрессовых, депрессивных и тревожных расстройств.

Все вышесказанное предопределяет потребность в научном исследовании проблемы суицидального поведения: в изучении клинко-психологических, клинко-психопатологических и клинко-динамических особенностей суицидального поведения у пациентов онкологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Голивец Т.П., Коваленко Б.С. Анализ мировых и российских тенденций онкологической заболеваемости в XXI веке. *Научный результат. Серия «Медицина и фармация»*. 2015;1(4):79-86.
Golivets T.P., Kovalenko B.S., Analysis of world and russian trends in cancer incidence in the twenty-first century. *Scientific result. The series "Medicine and Pharmacy"*. 2015;1(4):79-86. (In Russ.)
eLIBRARY ID: 25599925 EDN: VOFHCZ
2. Макимбетов Э.К., Салихар Р.И., Туманбаев А.М., Токтаналиева А.Н., Керимов А.Д. Эпидемиология рака в мире. *Современные проблемы науки и образования*. 2020;(2):167. Makimbetov E.K., Salikhar R.I., Tumanbaev A.M., Toktanalieva A.N., Kerimov A.D. Cancer epidemiology in the world. *Modern problems of science and education*. 2020;(2):167. (In Russ.)
<https://doi.org/10.17513/spno.29718>
3. Шахзадова А.О., Старинский В.В., Лисичникова И.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году. *Сибирский онкологический журнал*. 2023;22(5):5-13. Shakhzadova A.O., Starinsky V.V., Lisichnikova I.V. Cancer care to the population of Russia in 2022. *Siberian journal of oncology*. 2023;22(5):5-13. (In Russ.)
<https://doi.org/10.21294/1814-4861-2023-22-5-5-13>
4. Мерабишвили В.М. Состояние онкологической помощи в России: эпидемиология и выживаемость больных злокачественными новообразованиями (однолетняя и пятилетняя) по всем локализациям опухолей. Влияние пандемии коронавируса (популяционное исследование). *Злокачественные опухоли*. 2023;13(3s1):85-96. Merabishvili V.M. The state of oncological care in Russia: epidemiology and survival of patients with malignant neoplasms (one-year and five-year) for all tumor localities. The impact of the coronavirus pandemic (population-based study). *Malignant tumors*. 2023;13(3s1):85-96. (In Russ.)
<https://doi.org/10.18027/2224-5057-2023-13-3s1-85-96>
5. Мерабишвили В.М. Состояние онкологической помощи в России: дети (0–14 лет), заболеваемость, смертность, погодичная летальность (популяционное исследование на уровне федерального округа). Часть I. *Российский журнал детской гематологии и онкологии (РЖДГО)*. 2023;10(2):54-62. Merabishvili V.M. The state of oncology care in Russia: children (0–14 years old), morbidity, mortality, year-by-year lethality (populated study at the federal district level). Part I. *Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology*. 2023;10(2):54-62. (In Russ.)
<https://doi.org/10.21682/2311-1267-2023-10-2-54-62>
6. Calati R, Filipponi C, Mansi W, Casu D, Peviani G, et al. Cancer diagnosis and suicide outcomes: Umbrella review and methodological considerations. *J Affect Disord*. 2021;295:1201-1214.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.131>

7. Crocetti E, Buzzoni C, Caldarella A, Intrieri T, Maneschi G, et al. Decessi per suicidio in pazienti con tumore [Suicide mortality among cancer patients]. *Epidemiol Prev.* 2012;36(2):83-87. (In Italian). PMID: 22706357.
8. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology.* 2010;19(12):1250-1258. <https://doi.org/10.1002/pon.1717>
9. Куприянова И.Е., Гураль Е.С. Психические расстройства у пациентов с онкопатологией определенной локализации (рак легких, желудка, кишечника). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2019;2(103):74-81. Kupriyanova I.E., Gural E.S. Mental disorders in patients with oncological pathology of a certain localization (cancer of the lung, stomach, intestines). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2019;2(103):74-81. (In Russ.) [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-74-81)
10. Коровников А.Г., Сандыбаев М.Н. Факторы риска и основы профилактики суицидального поведения онкологических пациентов. *Российский онкологический журнал.* 2015;20(4):28-29. Korovnikov A.G., Sandybaev M.N. Risk factors and basic prophylaxis of suicidal behavior of cancer patients. *Russian Journal of Oncology.* 2015;20(4):28-29. (In Russ.) <https://doi.org/10.17816/onco40222>
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
12. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов. *Суицидология.* 2011;(4):18-25. Zotov P.B. Suicidal behavior of cancer patients. The ratio of oncologists. *Suicidology.* 2011;(4):18-25. (In Russ.) eLIBRARY ID: 17473566 EDN: OSJSSH
13. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска. *Суицидология.* 2015;4(21):3-21. Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Suicidal behavior and cancer. Part I. Epidemiology and risk factors. *Suicidology.* 2015;4(21):3-21. (In Russ.) eLIBRARY ID: 25133983 EDN: VEAEMN
14. Mohammadi M, Moradi T, Bottai M, Reutfors J, Cao Y, Smedby KE. Risk and predictors of attempted and completed suicide in patients with hematological malignancies. *Psychooncology.* 2014;23(11):1276-1282. <https://doi.org/10.1002/pon.3561>
15. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. *Nat Commun.* 2019;10(1):207. Erratum in: *Nat Commun.* 2020;11(1):718. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-08170-1>.
16. Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs.* 2012;35(4):E14-26. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822fc76c>
17. Liu Q, Wang X, Kong X, Wang Z, Zhu M, et al. Subsequent risk of suicide among 9,300,812 cancer survivors in US: A population-based cohort study covering 40 years of data. *EClinicalMedicine.* 2022;44:101295. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101295>
18. Cook R, Allcock R, Johnston M. Self-poisoning: current trends and practice in a U.K. teaching hospital. *Clin Med (Lond).* 2008;8(1):37-40. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.8-1-37>
19. Nguyen L, Hallet J, Eskander A, Chan WC, Noel CW, et al. The impact of a cancer diagnosis on nonfatal self-injury: a matched cohort study in Ontario. *CMAJ Open.* 2023;11(2):E291-E297. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20220157>
20. Gascon B, Leung Y, Espin-Garcia O, Rodin G, Chu D, Li M. Suicide Risk Screening and Suicide Prevention in Patients With Cancer. *JNCI Cancer Spectr.* 2021;5(4):pkab057. <https://doi.org/10.1093/jncics/pkab057>
21. Saad AM, Elmatboly AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, Jazieh KA, et al. Association of Brain Cancer With Risk of Suicide. *JAMA Netw Open.* 2020;3(5):e203862. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3862>
22. Osazuwa-Peters N, Barnes JM, Okafor SI, Taylor DB, Hussaini AS, et al. Incidence and Risk of Suicide Among Patients With Head and Neck Cancer in Rural, Urban, and Metropolitan Areas. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;147(12):1045-1052. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2021.1728>
23. Dutschke LL, Steinau S, Wiest R, Walther S. Brain Tumor-Associated Psychosis and Spirituality-A Case Report. *Front Psychiatry.* 2017;8:237. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00237>
24. Germann J, Zadeh G, Mansouri A, Kucharczyk W, Lozano AM, Boutet A. Untapped Neuroimaging Tools for Neuro-Oncology: Connectomics and Spatial Transcriptomics. *Cancers (Basel).* 2022;14(3):464. <https://doi.org/10.3390/cancers14030464>
25. Orsolini L, Latini R, Pompili M, et al. Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry investigation.* 2020;17(3):207-221 DOI: 10.30773/pi.2019.0171.
26. Mofatteh M, Mashayekhi MS, Arfaie S, Chen Y, Malhotra AK, et al. Suicidal ideation and attempts in brain tumor patients and survivors: A systematic review. *Neurooncol Adv.* 2023;5(1):vdad058. <https://doi.org/10.1093/naajnl/vdad058>
27. Brinkman TM, Liptak CC, Delaney BL, Chordas CA, Muriel AC, Manley PE. Suicide ideation in pediatric and adult survivors of childhood brain tumors. *J Neurooncol.* 2013;113(3):425-432. <https://doi.org/10.1007/s11060-013-1130-6>
28. McFarland DC, Walsh L, Napolitano S, Morita J, Jaiswal R. Suicide in Patients With Cancer: Identifying the Risk Factors. *Oncology (Williston Park).* 2019;33(6):221-226. PMID: 31219606.
29. Zhou Z, Jiang P, Zhang P, Lin X, Zhao Q, et al. Incidence, trend and risk factors associated with suicide among patients with malignant intracranial tumors: a surveillance, epidemiology, and end results analysis. *Int J Clin Oncol.* 2022;27(9):1386-1393. <https://doi.org/10.1007/s10147-022-02206-9>
30. Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H, Kreuzer PM, Knüttel H, et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nat Med.* 2022;28(4):852-859. Erratum in: *Nat Med.* 2023;29(12):3268. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01745-y>
31. Musuuza JS, Sherman ME, Knudsen KJ, Sweeney HA, Tyler CV, Koroukian SM. Analyzing excess mortality from cancer among individuals with mental illness. *Cancer.* 2013;119(13):2469-2476. <https://doi.org/10.1002/cncr.28091>
32. Tang W, Zhang WQ, Hu SQ, Shen WQ, Chen HL. Incidence and risk factors of suicide in patients with lung cancer: a scoping review. *Support Care Cancer.* 2022;30(4):2945-2957. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06604-z>
33. Chung KH, Lin HC. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(2):107-114. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.2.107>

34. Ahn E, Shin DW, Cho SI, Park S, Won YJ, Yun YH. Suicide rates and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19(8):2097-2105. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-0261>
35. Yu T, Hu D, Jiang Y, Wang C, Liu S. Influencing factors of suicidal ideation in lung cancer patients in Midland China: A mixed-method study. *Front Psychiatry.* 2023;14:1072371. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1072371>
36. Vyssoki B, Gleiss A, Rockett IR, Hackl M, Leitner B, et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? *J Affect Disord.* 2015;175:287-291. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.028>
37. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, Madaio R, Repetto L, Spalletta G. Suicide and cancer: where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol.* 2011;78(3):206-219. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.05.005>
38. Rahouma M, Kamel M, Abouarab A, Eldessouki I, Nasar A, et al. Lung cancer patients have the highest malignancy-associated suicide rate in USA: a population-based analysis. *Ecan-cermedicalscience.* 2018;12:859. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.859>
39. Hofmann L, Heinrich M, Baurecht H, Langguth B, Kreuzer PM, et al. Suicide Mortality Risk among Patients with Lung Cancer-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):4146. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054146>
40. Bowden MB, Walsh NJ, Jones AJ, Talukder AM, Lawson AG, Kruse EJ. Demographic and clinical factors associated with suicide in gastric cancer in the United States. *J Gastrointest Oncol.* 2017;8(5):897-901. <https://doi.org/10.21037/jgo.2017.08.02>
41. Elshanbary AA, Zaazouee MS, Hasan SM, Abdel-Aziz W. Risk factors for suicide mortality and cancer-specific mortality among patients with gastric adenocarcinoma: A SEER based study. *Psychooncology.* 2021;30(12):2067-2076. <https://doi.org/10.1002/pon.5804>
42. Sugawara A, Kunieda E. Suicide in patients with gastric cancer: a population-based study. *Jpn J Clin Oncol.* 2016;46(9):850-855. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyw075>
43. Zhang X, Zhang J, Procter N, Chen X, Su Y, et al. Suicidal Ideation and Psychological Strain Among Patients Diagnosed With Stomach Cancer: The Mediation of Psychopathological Factors. *J Nerv Ment Dis.* 2017;205(7):550-557. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000679>
44. Chen J, Ding X, Peng X, Hu D. Suicide in Digestive System Cancers: A Scoping Review. *International Journal of Mental Health Promotion.* 2023;25(1):1-20. <https://doi.org/10.32604/ijmhp.2022.022578>
45. Choi YN, Kim YA, Yun YH, Kim S, Bae JM, et al. Suicide ideation in stomach cancer survivors and possible risk factors. *Support Care Cancer.* 2014;22(2):331-337. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1975-4>
46. Кельн А.А., Алифов Д.Г., Звезда С.А., Засорина М.А. Рак предстательной железы: взаимосвязь с развитием депрессии и суицидальных мыслей. *Вестник урологии.* 2022;10(1):104-109. Keln A.A., Alifov D.G., Zvezda S.A., Zazorina M.A. Prostate cancer: relationship with depression and suicidal thoughts. *Urology Herald.* 2022;10(1):104-109. (In Russ.) <https://doi.org/10.21886/2308-6424-2022-10-1-104-109>
47. Kiffel J, Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. *Front Public Health.* 2015;3:28. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00028>
48. Mahdi H, Swensen RE, Munkarah AR, Chiang S, Luhrs K, et al. Suicide in women with gynecologic cancer. *Gynecol Oncol.* 2011;122(2):344-349. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.04.015>
49. Chen Y, Yu K, Xiong J, Zhang J, Zhou S, et al. Suicide and Accidental Death Among Women With Primary Ovarian Cancer: A Population-Based Study. *Front Med (Lausanne).* 2022;9:833965. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.833965>

Информация об авторе

Бисалиев Рафаэль Валерьевич, д.м.н., доцент кафедры общей и клинической психологии, Московская международная академия, Москва, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-9590-5341>; rafaelbisaliev@gmail.com.

Конфликтов интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Information about the author

Rafael V. Bisaliev, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of General and Clinical Psychology, Moscow international academy, Moscow, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-9590-5341>; rafaelbisaliev@gmail.com.

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / Received: 14.03.2024

Доработана после рецензирования / Revised: 26.03.2024

Принята к публикации / Accepted: 01.05.2024