

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА. СООБЩЕНИЕ I*

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Е.Г. Скрябин, А.В. Ефанов, Н.А. Бородин, Т.В. Беспалова

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия
БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», г. Ханты-Мансийск, Россия

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517; Researcher ID: B-5674-2013). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Скрябин Евгений Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4125-9422, ORCID iD: 0000-0002-4128-6127, Researcher ID: J-1627-2018). Место работы и должность: профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом детской травматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: (3452) 28-70-18. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Ефанов Андрей Владиславович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 9184-6049; ORCID iD: 0000-0003-3600-8162; Researcher ID: Q-4421-2018). Место работы и должность: доцент кафедры хирургических болезней с курсами эндоскопии и офтальмологии института непрерывного профессионального развития ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Бородин Николай Алексеевич – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8581-6359; ORCID iD: 0000-0002-2760-0351; Researcher ID: Q-4611-2018). Место работы и должность: профессор кафедры хирургических болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, Россия, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Беспалова Татьяна Викторовна – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7314-3598; ORCID iD: 0000-0002-3454-7587; Researcher ID: Q-4794-2018). Место работы и должность: профессор кафедры нормальной и патологической физиологии БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия». Адрес: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 40.

Представлен обзор литературы о риске суицидального поведения (СП) при различных соматических заболеваниях. Факторы, повышающие суицидальный риск. Показана связь между суицидами и тяжестью, длительностью (3-48 месяцев) физической болезни, частотой госпитализаций, косвенно указывающих тяжесть недуга. Риск СП выше у юных и пожилых, одиноких, при низком социально-экономическом (возможно, вследствие хронической болезни) уровне, больший – у женщин. Тесно связана с суицидами *депрессия* (у 60% жертв в общем населении), *злоупотребление ПАВ*. Хроническая боль в 2-3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни. «Сильная боль» сопряжена с 5-кратным ростом риска суицида; 4% попыток суицида совершают из-за боли, а среди суицидентов 8,8% имели признаки хронической боли. У 80-95% онкологических больных регистрируется хроническая боль, а недостаточный болеутоляющий эффект является ведущим фактором суицидального риска среди данной категории пациентов (риск суицида выше в 4 раза). После инсульта в ближайшие 2 года риск повышен в 2,2 раза. Попытки суицида совершают 16-27% страдающих от фантомных болей. *Расстройство сна* – длительная бессонница, особо перемежающаяся ночными кошмарами, связана с повышением риска СП (от мыслей до действий) в 2-3 раза. Повышают риск СП *беспомощность и потеря самоконтроля*, особенно у привыкших управлять всеми аспектами своей жизни в отличие от приемлющих и приспособляющихся к немощи и сторонней помощи. *Диагноз* мучительного смертельного заболевания. Страх перед разрушительной «неизлечимой» болезнью, безнадежность и отчаяние чаще сопутствуют суициду, чем реальные страдания. *Низкое качество лечебно-профилактической помощи* – косвенно отражают уровни суицидов и парасуицидов, качество жизни пациентов в связи с фактической инвалидизацией, болями.

* Статья подготовлена на основе главы планируемого руководства по суицидологии под редакцией Б.С. Положего (с изменениями и дополнениями текста, включением новых данных литературы).

Низкое качество сообщений средств массовой информации – фактор риска для находящихся на грани суицида и перенимающих сценарий СП. *Суицидальные мысли* в течение жизни выявляются у 25% соматически больных, 35% – при ≥ 2 болезнях. При контроле демографических характеристик, депрессии, употребление спиртного, соматические болезни повышают в 1,3 раза вероятность суицидальных мыслей. *Суицидальные попытки* – важнейший прогностический фактор риска суицида – совершали 9% соматически больных и 16% при ≥ 2 болезнях против 5,5% в населении (юные и молодые). *Отказ от лечения*, в том числе пренебрежение врачебными рекомендациями.

Снижение суицидального риска связано с влиянием защитных факторов. *Антисуицидальные факторы* – чем их более, тем выше защитный барьер, менее риск СП. *Профессиональные факторы*: возможность профессионального роста, амбиции, занятость, поощряют приверженность к лечению. *Психосоциальная формальная и неформальная поддержка* близких, сотрудников, профессиональных служб, религиозной общины, клуба, группы самопомощи. Психиатрическое (антикризисное) лечение. *Религиозные убеждения* о грехе суицида и испытании жизненными невзгодами при сохранении надежды. *Психосоциальные последствия болезней и СП*. СП отражается на пациентах (жертве, других больных – случайных свидетелях), их близких и персонале, часто без целевой подготовки, в том числе в плане правильного реагирования на трагедию и проведение профилактических мероприятий (поственция). В заключении авторы делают вывод о том, что дальнейшие исследования связи СП с соматическими заболеваниями полезны для улучшения качества жизни, облегчения страданий пациентов и предотвращения СП.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, риск самоубийств, факторы риска, профилактика, соматические заболевания, соматическая патология

Снижение суицидальной смертности является сложной медико-социальной задачей, решение которой требует системного, междисциплинарного подхода. Ведущим принципом работы по предупреждению суицидального поведения (СП) является выделение групп высокого риска [1, 2].

Одной из таких категорий может служить соматическая патология. Клиническая практика и данные литературы свидетельствуют, с одной стороны, о высокой частоте телесных заболеваний, с другой – о возможном просуицидальном влиянии отдельных из них. Последнее может иметь важное значение для разработки превентивных мер.

Связь хронических телесных болезней и континуума СП показана при изучении диагнозов и катамнезов суицидентов, риска СП. Современные более доказательные работы опираются на популяционные выборки (электронные базы многолетних данных государственных регистров, охватывающих суммарно миллионы человек на протяжении десятков лет).

Соматические болезни в анамнезе повышают риск СП [3]. Показана связь между суицидами и тяжестью, длительностью (3-48 месяцев) физической болезни [4], частотой госпитализаций [4, 5], косвенно указывающих тяжесть недуга. Высок риск СП при психических расстройствах вследствие соматических и неврологических болезней [6] (F.06, F.07 МКБ-10). «В здоровом теле здоровый дух» – глупое изречение. *Здоровое тело – продукт здравого рассудка* (Б. Шоу).

Суицид – трагический финал жизни безотнositельно состояния здоровья, но определенные «оси» соматической или неврологической

болезни – необходимая часть оценки риска СП с последующим планом лечения. В классификации мотивов и поводов СП – соматические заболевания, физические страдания и уродства [1].

По данным зарубежных исследователей [7] физическая болезнь названа причиной суицида в каждой пятой прощальной записке, чаще пожилыми (> 65 лет) мужчинами; по 30% жертв страдали раком и/или хронической болью, 12% – болезнями легких; 12% совершали и ранее попытки суицида. Отечественные авторы [8] приводят более высокие цифры – в 50,7% прощальных записок сообщается о невозможности выносить боль / болезнь. При этом лица 66-75 лет чаще основными мотивами суицида указывали «избегание» и «рациональный отказ».

Данные секционного материала (г. Киров), указывают, что на 100 завершённых суицидов наиболее часто причинами суицидального поведения являлись болезни системы кровообращения (27,1%), новообразования (26,3%), болезни органов дыхания (6,9%) и эндокринной системы (6,9%). У мужчин наиболее часто причиной суицида являлись заболевания системы кровообращения (30,0%), новообразования (27,7%), заболевания нервной системы (6,6%). У женщин – новообразования (23,0%), болезни системы кровообращения (20,5%) и эндокринной системы (15,3%) [9]. Анкетный опрос родственников суицидентов, проведённый ретроспективно этими же авторами [10], так же показал значительное преобладание мотивов, связанных с нарушением здоровья: у 47,5% лиц мужского пола (соматических заболеваний и алкоголизма) и у 48,4% лиц женского пола (соматических и психических заболе-

ваний). Обнаружено, что у мужчин наиболее частой причиной суицида являлись заболевания системы кровообращения (30%) с преобладанием сосудистых поражений головного мозга; у женщин – новообразования (23,0%) с преобладанием рака матки. На втором месте у суицидентов обоих полов были личностные и межличностные мотивы.

Интернисты – авангард выявления (в идеале) психических расстройств и риска СП. Половина жертв суицидов общалась с врачом общей практики в течение двух месяцев до суицида (суицидальной попытки). До 70% жертв суицида обращались за неотложной медицинской помощью, не связанной с СП [11, 12], предпочитая интернистов психиатрам. У большинства риск СП рутинно не определён.

Факторы риска СП.

Социально-демографические факторы.

Ряд доказанных факторов риска СП в общем населении – не так очевиден среди больных определёнными недугами. Риск СП выше у юных и пожилых, одиноких, при низком социально-экономическом (возможно, вследствие хронической болезни) уровне – затрудняющем доступ к высококачественной помощи. У молодых нет *выстраданного* опыта и навыков преодоления серьёзного недуга, они обычно не удовлетворены типовой помощью при тающей неформальной поддержке (потере друзей), перспектив жизни. Пожилые составляют известную группу высокого риска СП [13] под сочетанным гнётом соматических и психических расстройств (зачастую не выявленных и адекватно не леченных), бедности и одиночества.

Внимание привлекает «гендерный аспект» суицидологии. Так, мета-анализ 15 исследований [14] указал на бóльший риск СП (мысли и попытки) женщин и необходимость контроля факторов возраста и депрессии.

Предиспозиция. Больные, как и в общем населении, совершают СП при личностной уязвимости (низкой стрессоустойчивости, запускающей механизм развития соматических, душевных недугов и СП), согласно модели «стресс-уязвимость» [15]. Так, у жертв сексуального насилия в детстве выше риск психических, желудочно-кишечных расстройств, СП.

Психосоциальный и биологический дистресс. Любая болезнь – один из неизбежных жизненных (биологических) дистрессов, выявляющих лиц с «нетипичным» реагированием. Показана взаимосвязь неблагоприятных жизненных событий и СП без обратной связи с по-

зитивными: подарки и сюрпризы жизни не исключают СП.

Сопутствующие психические расстройства – в литературе обычно ставится сомнительный знак равенства с коморбидностью [16].

Депрессия тесно связана (по психологической аутопсии) с суицидами: у 60% жертв в общем населении. Расстройства депрессивного спектра у 45-70% (50%), клинические депрессии – 25-30% пациентов территориальной поликлиники [17].

Депрессия (особо нелеченая) повышает риск заболеваемости, неблагоприятного прогноза, связана с снижением выживаемости, возможно, из-за несоблюдения режима лечения, чувства безнадежности и деморализации. Депрессии объясняют 10-20% визитов к врачам общей практики, но приветствует помощь психиатра каждый третий, антидепрессивную терапию хотя бы месяц получает среди последних лишь каждый пятый [17].

Деморализация («капитуляция») – стойкая неспособность совладать с бессилием, беспомощностью (субъективной несостоятельностью), безнадежностью с потерей целей и смысла, достоинства жизни (духовное и экзистенциальное отчаяние). Никакое средство не поможет тому, кто сам отдал себя на заклятие (*С. Цвейг*).

Орасио Кирогоу преследовали несчастья: отец погиб на охоте, отчим застрелился, первая жена покончила с собой, писатель случайно убил лучшего друга. В последние годы страдал хронической депрессией, раком желудка. Отравился в 59 лет цианидом в богадельне. Незадолго до смерти писал о «слегка романтическом интересе к некоему фантастическому путешествию».

Злоупотребление ПАВ – типовой фактор риска СП. Само злоупотребление ПАВ – причина ряда сомато-неврологических болезней (служащих индикатором злоупотребления), может сопутствовать ему и выходить на передний план после излечения (затухания) последних. С злоупотреблением ПАВ (как хроническим саморазрушительным поведением) обычно сочетаются потенциально суицидогенные депрессия, импульсивность, агрессия, плохая переносимость, малая эффективность, уклонение от лечения.

Боль, острая и хроническая, повышает риск СП (от мыслей до суицидов) [18, 19].

Вряд ли больной или клиницист согласится с Цицероном: «Если боль мучительна, она не продолжительна, если продолжительна, то не мучительна», но «зубная боль сердца» (по Гейне), по

самоописаниям суицидентов, несравнима с «королем боли», почечной коликой.

Выводы затруднены в связи со сложностью оценки порога индивидуальной переносимости боли и формирования выборок. Хроническая боль 2-3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни лиц 16-85 лет без психических расстройств или злоупотребления ПАВ [20]: 65% жертв суицида (в Австралии) страдали последний год жизни. Боли и эмоциональный дистресс взаимосвязаны [21], но «непереносимая» субъективно боль строго связана с СП [22] лишь без учёта микросоциального конфликта (по А. Амбрумовой). Сочетание с депрессией, видимо, делает боль непереносимой. «Сильная боль» сопряжена с 5-кратным ростом риска суицида; 4% попыток суицида совершают из-за боли [23].

Наибольший риск связан с хронической болью. Анализ 123181 случая самоубийств за 12-летний период (2003-2014 гг., 18 государств-участников) показал, что 8,8% погибших имели признаки хронической боли, и за период исследования доля этих больных увеличилась с 7,4% в 2003 г. до 10,2% в 2014 году. Более половины (53,6%) умерших от суицида с хронической болью умерли от огнестрельных ранений и 16,2% от передозировки опиоидов [24].

Группы риска составляют больные раком, сахарным диабетом, неврологическими заболеваниями, перенесшие ампутации конечностей, и др.

Хроническая боль регистрируется у 80-95% онкологических больных на этапе прогрессирования опухолевого процесса, и, как правило, сосуществует с другими факторами риска СП: депрессией, безнадёжностью, спутанностью сознания, импульсивностью [25]. Недостаточный болеутоляющий эффект и отсутствие системного применения опиоидных анальгетиков является ведущим фактором суицидального риска среди данной категории пациентов [26, 27].

В зависимости от уровня ампутации и основной причины, приведшей к утрате конечности, частота фантомных болей и болей в культе в постампутиционном периоде достигает 80-90% [28, 29]. Присутствие болевых проявлений в дооперационном периоде повышает риск развития фантомных болей, часто плохо поддающихся лечению [30]. Для данного контингента характерны: алкогольный анамнез, тяжёлая, нередко, сочетанная соматическая и неврологическая патология, значительные ограничения к самообслуживанию и зависимость от окружаю-

щих, социальное неблагополучие [30, 31, 32]. У 17-27% пациентов в постампутиционном периоде выявляется депрессия, у 25,7% – расстройств сна [30, 33, 34]. Попытки суицида совершают 16-27% страдающих от фантомных болей [30, 32].

Высокий риск развития хронической боли после инсульта, но данный фактор нередко сочетается с ограничением способности к самообслуживанию, депрессией, тяжёлым течением и осложнениями сахарного диабета, снижением доходов, возрастом моложе 50-60 лет [35, 36]. Риск суицида после инсульта по сравнению с общей популяцией повышен в 2,2 раза [36]. Наиболее суицидоопасен период в течение первых двух лет после инсульта и сохраняется высоким в последующие 5 лет [35, 36]; как правило, не различается между пациентами мужского и женского пола [36].

Расстройства сна свойственны различным больным («Но чуток сон сердечников и психов / За окнами больничных корпусов». А. Твардовский).

... в последние три недели Михаил Булгаков ослеп, измученный ужасными болями, прекратил редактировать роман. Пришли дни молчаливого нравственного страдания. Слова медленно умирали в нём. Обычные дозы снотворного перестали действовать. И появились длиннющие рецепты, испещрённые кабалистическими латинизмами. По этим рецептам, превосходившим все полагающиеся нормы, перестали отпускать лекарства нашим посланцам: яд. А. Ларин. *Хроники Харона*.

Длительная бессонница, особо перемежающаяся ночными кошмарами, связана с повышением риска СП (от мыслей до действий) в 2-3 (7-8?) раз при контроле депрессии и безнадёжности; сама по себе может вызвать депрессию [37] и когнитивные расстройства. В свою очередь, депрессия и/или тревога, импульсивность, деморализация (потеря самоконтроля) – возможные причины бессонницы. Гиперсомния также суицидоопасна.

Когнитивные нарушения и спутанность способствуют импульсивности в основе несуйцидального аутоагрессивного поведения, которое следует отличать (но мало отличима в литературе) от «истинного» СП. Когнитивный дефицит (врождённый или приобретённый ввиду основной болезни и / или депрессии, нежелательных действий лекарств) препятствует рациональному выбору альтернатив и их прогнозу на фоне биологического и психосоциального дистресса. Особо тяжело переносится (при обострённой самокритике) на ранних этапах мыслительным и творческим типами личности.

«... зачем ты хочешь убить себя? Он помедлил немного, а потом сказал в своей старой манере говорить хорошо продуманное: – Как ты думаешь, что происходит с человеком, которому шестьдесят второй и которому становится ясно, что он не может написать обещанные книги, и, что он вообще не может ничего сделать из того, что он сам себе обещал в лучшие дни?» *А. Хотчнер. «Папа Хемингуэй»*

Функциональные ограничения (Что такое *болезнь*, как не стеснённая в своей свободе жизнь? *К.Маркс*) – важный предиктор суицида [38].

Долгая агония Аршила Горки. Пережил геноцид армян. За последние 2 года в пожаре погибли лучшие картины, оперирован (рак кишечника), жена изменила и забрала детей; но последняя капля – сломал «рабочую» руку в автоаварии. Повесился (44), о чём предупреждал друзей, спустя месяц.

Беспомощность и потеря самоконтроля (вплоть до неспособности оправления естественных нужд, дышать самостоятельно) повышают риск СП, особо у привыкших управлять всеми аспектами своей жизни в отличие от приемлющих и приспосабливающихся к немоги и сторонней помощи.

Понимаешь ли ты это? Я – диабетик! Я никогда не болел... Не могу жить таким образом... Мне стыдно... Я не могу быть больным...». *Кларенс Хемингуэй*

Дистресс сопряжён с ощущением потери самоконтроля, «Я». Зависимость от сторонней помощи и потребность контролировать обстоятельства смерти – предикторы желания ускорить смерть.

Время для себя и окружающих. Ощущение себя обузой питает чувство вины ОБ перед семьёй. *Согласно* межличностной теории, сочетанные «слом» принадлежности (неудовлетворенная основная потребность социальной связи) как одиночество, (само)изоляция, семейный разлад, ощущение обременения собой («я – источник трудностей близких, облегчение им – моя смерть) создают психологический контекст СП.

Отёк ног. Пора, а то уже не смогу. Все – здесь, стоит только протянуть руку, решиться. Боролся всю ночь. Пора. Понедельник, 18 ноября 1918 г., 37 лет, 4 месяца, 9 дней. Гораздо проще, чем думают. *Дю Гар «Семья Тибо»*

Диагноз мучительного смертельного заболевания. Стрессогенное жизненное событие – сам по себе ухудшает психосоциальное функционирование, увеличивает риск преждевременной смерти от СП и сердечно-сосудистых болезней. Пик риска СП в период установления диагноза. Инстинкт самосохранения иногда импульс к самоубийству. *Станислав Ежи Лец*

Страх перед разрушительной «неизлечимой» болезнью, безнадежность и отчаяние чаще сопутствуют суициду, чем реальные страдания.

Не угрожает ли мне безумие? Если так, меня следует предупредить: между сумасшествием и смертью колебания быть не может, и мой выбор уже сделан». *Мопассан – врачу.*

Увы, страхи страдальца оказались не беспочвенными.

Один из моих пациентов, на лечение которого я потратил много труда, покончил с собой вследствие неизлечимой половой болезни. *З.Фрейд*

Часть суицидов совершают лица с неуточнённым диагнозом на фоне возможной депрессии, «форпоста-симптома» или сопровождающей нераспознанный процесс. Больные и их близкие проходят при благополучном сценарии череду стадий: от шоковой (диагноз понимается «черной меткой»), через стадии отрицания, вытеснения информации, агрессии и депрессии – к примирению, принятию судьбы. Ряд продолжен фазой активного совладания с болезнью. Даже восприятие болезни смертельной не исключает надежду, поддержанную успехом лечения.

Наиболее уязвимые к дистрессу и его последствиям больные выбирает суицид до лечения в связи со страхом неизлечимости и неминуемых физических мучений при дефиците непредвзятой информации или изначальном недоверии к ней.

Врачи выявили у жены переводчика и писателя Ланна "рак желудка". Не дожидаясь страшного конца, Ланн ввёл обоим смертельную дозу морфия. Жена умерла сразу; Ланн, привычный к морфию, – через несколько дней. Рака при вскрытии не было. После смерти пары в писательских кругах бытовал «выход Ланна»: самоубийство как единственный выход из сложившегося положения.

Низкое качество лечебно - профилактической помощи – косвенно отражают уровни суицидов (УС) и парасуицидов, качество жизни (КЖ) пациентов в связи с фактической инвалидизацией, болями. Малая доступность помощи, неразвитость стационарзамещающих учреждений, социальной поддержки, бригадного (полипрофессионального) подхода, нерациональная (фармако-) терапия с выбором морально устаревших, небезопасных («лечение не должно быть горше самой болезни») малоэффективных методов, пренебрежение к эластичным потребностям больных и их близких, целевой психосоциальной работой. Пока же пациенты и их семьи (увы, и часть профессионалов) заражены мифами, мало и неверно информированы о болезни («заразности рака», выборе лечения, прогнозе), что усугубляет отчаяние и отверже-

ние от близких. Примеры самых расхожих заблуждений, чреватых бедой, следующие:

– обсуждение темы СП «наведёт пациента на мысль», «заразит» СП (например, так считает большинство онкологов, но 82,5% онкологических больных с суицидальным поведением, отмечают, что открытое, доверительное обсуждение темы суицида с врачом, напротив, способствовало улучшению их самочувствия [39]);

– пациенты, неоднократно угрожающие самоубийством, на самом деле не хотят умирать (тем не менее, это не всегда так. Угрозы могут быть лишь этапом суицидальной динамики на пути к добровольному уходу, и, нередко, носят признаки «призыва о помощи» [40]);

– предыдущие попытки суицида означают, что пациент не настроен умереть (в действительности неудавшаяся попытка при истинном намерении умереть могла быть причиной убеждённости в достаточной летальности выбранного способа или вовремя оказанной помощи; в другом случае – отсутствие разрешения ситуации после покушения может подвинуть человека на выбор более brutального способа суицида и т.д.);

– депрессия – нормальная реакция на заболевание;

– желание умереть обычно у тяжелобольного (напротив, большинство людей хотят прожить свою жизнь сполна, но, как правило, нуждаются в соответствующей психологической поддержке и эффективном контроле основных тягостных проявлений соматической болезни – боль, одышка, ограничения самообслуживания и др.) [26];

– риск СП и депрессия сами по себе исчезнут – «время лечит» (возможно лишь при благоприятном стечении обстоятельств и разрешении стрессовой ситуации, что встречается редко);

– самоубийство происходит «вдруг», без предупреждения (в большинстве случаев суицидальное поведение – стадийный и динамичный процесс, требующий времени, имеет свои периоды развития и характерные клинические проявления, в том числе в виде высказываний, изменений эмоционального фона и поведения) [41, 42];

– коли человек настроен умереть – ничто и никто его не удержит (внедряемые во многих странах мира, в том числе и России, системы суицидальной превенции свидетельствуют об обратном – суицидальное поведение и суицидальная смертность – потенциально регулируемые показатели, как на индивидуальном, так и популяционном уровнях) [43];

– попытка самоубийства снижает риск будущих (напротив, суицидальная попытка, свидетельствует о возможности её повторения – «переступивший черту однажды...») [40, 42]. При изучении суицидального анамнеза важно идентифицировать или исключить сам факт покушения, что нередко представляет определённые сложности. В одних случаях пациенты могут скрывать или амнезировать суицидальные попытки в прошлом, в других (в 2 случаях из 10) заявленное покушение в действительности к суицидальному поведению отнесено быть не может [44];

– агрессия снижает риск СП (тем не менее, свойственная конкретному индивиду агрессивность может поменять вектор – с гетероагрессии на аутоагрессию – суицидальное поведение);

– договор о несовершении суицида с врачом надёжен (увы, как правило, подобный договор суицидентом обесценивается и не удерживает его от рокового поступка).

Низкое качество сообщений средств массовой информации (СМИ) – фактор риска для находящихся на грани суицида и перенимающих сценарий СП [45], среди которых – онкобольные.

Суицидальные мысли. Среди опрошенных в 1988-1994 гг. 7589 респондентов 17-39 лет у 16% выявлены суицидальные мысли в течение жизни, но у 25% соматически больных, 35% – при ≥ 2 болезнях [46]. При контроле демографических характеристик, депрессии, употребления спиртного, соматические болезни повышают в 1,3 раза вероятность суицидальных мыслей.

И всё ужаснее, все безумнее вопли мученика до предела чувствительной, до предела напряжённой и уже воспаленной нервной системы. «Облегчи себе эту муку: умри!» или: «Пистолет служит для меня источником относительно приятных мыслей» или: «Ужасные и почти непрестанные мучения заставляют меня с жадностью ждать конца, и по некоторым признакам разрешающий удар уже близок». Он уже не находит превосходных степеней выражения для страданий, звучат почти монотонно в пронзительности и непрерывности, ужасные, почти нечеловеческие вопли, несущиеся из «собачьей конуры существования». *С. Цвейг. Фридрих Ницше.*

Суицидальные попытки – важнейший прогностический фактор риска суицида (поведение в лучшем случае прогнозирует поведение в прошлом [40]): 27-50% риск в различных условиях лечения [23]. Попытки суицида совершали 9% соматически больных и 16% при ≥ 2 болезнях против 5,5% в населении (юные и молодые); рак и астма повышают риск более, чем вчетверо [46]; 60-80% больных сообщали о суицидальных

мыслях [39, 47], и $> \frac{1}{4}$ совершили попытки суицида [47]. Исследования суицидальных попыток худшего качества, чем определяющие связь болезней с суицидами. Соотношение суицидов и попыток вряд ли менее 1:25. Части совершивших попытки требуется медицинская помощь [43], и они становятся соматическими больными с суицидальным анамнезом.

Суициды. При неактуальности легализации эвтаназии в Российской Федерации в отличие от улучшения повседневной (паллиативной) помощи, привлечено внимание к рациональному суициду в конечной фазе неизлечимой болезни, монологическом (добровольная смерть как мотив и цель совпадают) и диалогическом (цель – самоубийство, мотив – привлечение внимания близких), к «инициаторам смерти», по E. Schneidman, ускоряющих её при отказе от необходимой помощи и лечения.

Отказ от лечения. По Э. Дюркгейму, суицид – результат положительного или отрицательного поступка пострадавшего, знающего об ожидавших его результатах. По N. Farberow, «непрямое саморазрушение» включает пренебрежение врачебными рекомендациями. Данные о суицидах приуменьшены в связи с малым выявлением намеренной передозировки с помощью семей и отказом от операций или парентерального питания, гидратации («пассивная суицидальность» терминального больного). Уклонение от лечения, романтизированное выдуманной историей (слоган фильма «Пока не сыграл в ящик», США, 2007, – «Оторвись напоследок»), связано не только с внутренней картиной болезни, но и балансом польза (контроль симптомов и течения болезни) / вред (нежелательные действия).

Большинство больных никогда не совершит суицид при «понятности» мотива в самых тяжких и безнадёжных обстоятельствах.

Антисуицидальные факторы – чем их более, тем выше защитный барьер, менее риск СП. **Антисуицидальные факторы личности** – установки и переживания: любовь к семье; чувство долга, ответственность перед детьми (малыми, не родившимися), пожилым родителям, домашним питомцам, боязнь физической боли (когда страшимся смерти, думаем, прежде всего, о боли, её обычной предшественнице. *Монтень*), стать калекой; зависимость от общественного мнения («позор» суицида); о жизненном предназначении; эстетические критерии (не быть омерзительным после гибели); творческие планы [48].

Моне (72) перенёс операции в связи с катарактой глаз; вновь обрёл зрение, но видел ультрафиолет

как голубой или лиловый цвет, отчего его картины обрели новые цвета.

Огюст Ренуар страдал ревматоидным артритом с 55 лет: «*Меня снова царапал хирург. Ещё одна операция состоится через неделю, за ней последует ещё одна и ещё ... нет ни малейшего улучшения, и я лишь всё больше и больше становлюсь калекой. А так аппетит у меня нормальный. Всё идет хорошо*». Привязывал кисть к руке, чтобы работать С. 71 лет прикован к инвалидному креслу: «*...Если уж выбирать между ходьбой и живописью, выбираю живопись*».

В депрессии истощены, прежде всего, факторы, требующие энергии (креативность) [1].

Сильные стороны личности определены навыками адаптивного совладания с дистрессом, решения проблем, пониманием себя, компетентностью, духовностью, открытостью в поиске, принятии, поиске резервов помощи.

У физика Стивена Хокинга (21) определён БАС, приведший к параличу. Врачи считали, что жить ему осталось 2,5 года. В 43 года после трахеостомии утратил речь. Подвижность сохранял лишь указательный палец на правой руке. Впоследствии подвижность осталась лишь в мимической мышце щеки, напротив которой закреплён датчик. С его помощью физик управлял компьютером, позволяющим ему общаться.

С детства россиянин знает о подвиге жизни Н. Островского.

Профессиональные факторы: возможность профессионального роста, амбиции, занятость ограничивают употребление спиртного в рабочие часы, поощряют приверженность к лечению.

Психосоциальная формальная и неформальная поддержка близких, сотрудников, профессиональных служб, религиозной общины, клуба, группы самопомощи. Психиатрическое (антикризисное) лечение. Факторы лечения: терапевтическая связь, лечение депрессии, обеспечение безопасности пациента, особые кризисные вмешательства [1, 49].

Религиозные убеждения о грехе суицида и испытании жизненными невзгодами при сохранении надежды. Важна сила веры, а не конфессия.

Психосоциальные последствия (бремя) медицинских болезней. СП – следствие невыносимой жизни в связи с физическими, психологическими и социальными причинами; порог терпимых страданий субъективен, и единственная причина может быть только ускоряющим фактором. СП отражается на пациентах (жертве, других больных – случайных свидетелях), их близких и персонале, часто без целевой подготовки, в том числе в плане правильного реагирования на трагедию и проведение

профилактических мероприятий (поственция) [50, 51]. Дополнительно учитывают снижение профессионального уровня, материального достатка и социального положения. Предстоит объективизировать бремя СП в широкой перспективе: (семьи, медицинских затрат в связи с суицидальной попыткой).

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 24 с.
2. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-74.
3. Karmakar C., Luo W., Tran T. et al. Predicting risk of suicide attempt using history of physical illnesses from electronic medical records. *JMIR. Ment. Health*. 2016; 3: 19.
4. Qin P., Webb R., Kapur N., Sørensen H.T. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J. Intern. Med*. 2013; 273: 48-58.
5. Perry I.J., Corcoran P., Fitzgerald A.P. et al. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One*. 2012; 7: e31663.
6. Dennis B.B., Roshanov P.S., Bawor M. et al. Re-examination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. *Crisis*. 2015; 36: 231-40.
7. Fegg M., Kraus S., Graw M., Bausewein C. Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC Palliat. Care*. 2016; 9: 14.
8. Ласый Е.В., Новодворская М.В. Анализ предсмертных записок лиц, умерших вследствие суицида. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2011; 4: 40-55.
9. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (3): 5-6.
10. Зыков В.В., Мальцев А.Е., Шешунов И.В. Анализ мотивов совершения самоубийств на судебно-медицинском материале. *Вестник судебной медицины*. 2017; 6 (3) 21-25.
11. De Leo D., Draper B.M., Snowdon J., Kölvés K. Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? *Compr. Psychiatry*. 2013; 54: 1117-23.
12. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am. J. Psychiatry*. 2002; 159: 909-16.
13. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 3-16.
14. Klinitzke G., Steinig J., Blüher M. et al. Obesity and suicide risk in adults – a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2013; 145: 277-84.
15. Mann J.J., Waternaux C., Haas G., Malone K. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156: 181-9.
16. Turner J., Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West. J. Med*. 2000; 172: 124-8.
17. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети». *Социальная и клиническая психиатрия*. 1999; 9 (4): 5-9.
18. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain suicidality association: a narrative review. *Pain Med*. 2014; 15: 1835-49.
19. Tang N.K., Crane C. Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol. Med*. 2006; 18: 1-12.
20. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2015; 49: 803-11.
21. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W. et al. Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch. Intern. Med*. 2003; 163: 2433-45.
22. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I., Haythornthwaite J. Pain-

В целом, обобщая приведённые выше данные, можно сделать вывод о том, что дальнейшие исследования связи СП с соматическими заболеваниями полезны для улучшения качества жизни, облегчения страданий пациентов и предотвращения СП.

References:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Profilaktika suicidal'nogo povedeniya [Prevention of suicidal behaviour]. Metodicheskie rekomendacii. M., 1980. 24 s. (In Russ)
2. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294: 2064-74.
3. Karmakar C., Luo W., Tran T. et al. Predicting risk of suicide attempt using history of physical illnesses from electronic medical records. *JMIR. Ment. Health*. 2016; 3: 19.
4. Qin P., Webb R., Kapur N., Sørensen H.T. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J. Intern. Med*. 2013; 273: 48-58.
5. Perry I.J., Corcoran P., Fitzgerald A.P. et al. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first national registry. *PLoS One*. 2012; 7: e31663.
6. Dennis B.B., Roshanov P.S., Bawor M. et al. Re-examination of classic risk factors for suicidal behavior in the psychiatric population. *Crisis*. 2015; 36: 231-40.
7. Fegg M., Kraus S., Graw M., Bausewein C. Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC Palliat. Care*. 2016; 9: 14.
8. Lasyj E.V., Novodvorskaja M.V. Analiz predsmertnyh zapisok lic, umershih vsledstvie suicida [Analysis of suicide notes of persons who died as a result of suicide]. *Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]*. 2011; 4: 40-55. (In Russ)
9. Zykov V.V., Malcev A.E. The importance of somatic diseases in the occurrence of suicidal behavior. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (3): 5-6. (In Russ)
10. Zykov V.V., Malcev A.E., Sheshunov I.V. Analiz motivov sovershenija samoubijstv na sudebno-medicinskom materiale [Analysis of the motives of committing of suicides by the forensic material]. *Vestnik sudebnoj mediciny [Journal of forensic medicine]*. 2017; 6 (3) 21-25. (In Russ)
11. De Leo D., Draper B.M., Snowdon J., Kölvés K. Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? *Compr. Psychiatry*. 2013; 54: 1117-23.
12. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am. J. Psychiatry*. 2002; 159: 909-16.
13. Lyubov E.B., Magurдумова L.G., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 3-16. (In Russ)
14. Klinitzke G., Steinig J., Blüher M. et al. Obesity and suicide risk in adults – a systematic review. *J. Affect. Disord*. 2013; 145: 277-84.
15. Mann J.J., Waternaux C., Haas G., Malone K. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156: 181-9.
16. Turner J., Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West. J. Med*. 2000; 172: 124-8.
17. Krasnov V.N. Nauchno-prakticheskaja programma «Vyjavlenie i lechenie depressij v pervichnoj medicinskoj seti» [Scientific and practical program " detection and treatment of depression in the primary medical network"]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry]*. 1999; 9 (4): 5-9. (In Russ)
18. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain suicidality association: a narrative review. *Pain Med*. 2014; 15: 1835-49.
19. Tang N.K., Crane C. Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol. Med*. 2006; 18: 1-12.
20. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2015; 49: 803-11.
21. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W. et al. Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch. Intern. Med*. 2003; 163: 2433-45.
22. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I., Haythornthwaite J. Pain-

- related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*. 2006; 126: 272-9.
23. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-9.
 24. Petrosky E., Harpaz R., Fowler K.A., Bohm M.K., Helmick C.G., Yuan K., Betz C.J. Chronic pain among suicide decedents, 2003 to 2014: findings from the national violent death reporting system. *Ann. Intern. Med.* 2018. Oct 2; 169 (7): 448-455. doi: 10.7326/M18-0830.
 25. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011. P. 125-150.
 26. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Томск, 2005. 46 с.
 27. Зотов П.Б. Суицидальное поведение и эффективность контроля боли у онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (4): 70-2.
 28. Смирнов А.В. Ведущие клинические проявления у больных с посттравматической ампутацией голени. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (5): 34-5.
 29. Шаповров Д.Ю., Сахнюк И.И. К характеристике болевых проявлений у больных с ампутацией нижней конечности. *Тюменский медицинский журнал*. 2008; 3-4: 106-7.
 30. Yin Y., Zhang L., Xiao H., et al. The pre-amputation pain and the postoperative deafferentation are the risk factors of phantom limb pain: a clinical survey in a sample of Chinese population. *BMC Anesthesiol.* 2017. May 26; 17 (1): 69. doi: 10.1186/s12871-017-0359-6.
 31. Зотов П.Б. «Болевой анамнез» у больных, перенесших ампутацию: особенности и клиническое значение. *Академический журнал Западной Сибири*. 2014; 10 (1): 12-4.
 32. Arias Vázquez P.I., Castillo Avila R.G., Dominguez Zentella M.D.C., et al. Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. *Int. J. Rehabil. Res.* 2018. Mar; 41 (1): 52-6. doi: 10.1097/MRR.0000000000000259.
 33. Turner A.P., Meites T.M., Williams R.M., Henderson A.W., Norvell D.C., Hakimi K.N., Czerniecki J.M. Suicidal ideation among individuals with dysvascular lower extremity amputation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2015. Aug; 96 (8): 1404-10. doi: 10.1016/j.apmr.2015.04.001.
 34. Смирнов А.В., Зотов П.Б., Шаповров Д.Ю., Чураков М.В. Психические нарушения у больных с ампутацией нижней конечности. *Академический журнал Западной Сибири*. 2006; 2: 26-7.
 35. Skovgaard C.B., Holm J., Stenager E.N., Stenager E. Increased post-stroke risk of suicide. *Ugeskr. Laeger.* 2015. Jun 8; 177 (24). pii: V11140629.
 36. Harnod T., Lin C.L., Kao C.H. Risk of suicide attempt in poststroke patients: a population-based cohort study. *J. Am. Heart. Assoc.* 2018. Jan 10; 7 (2). pii: e007830. doi: 10.1161/JAHA.117.007830.
 37. Bernert R.A., Kim J.S., Iwata N.G., Perlis M.L. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015; 17: 554.
 38. Kaplan M.S., McFarland B.H., Huguet N., Newsom J.T. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2007; 77: 56-60.
 39. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов. *Суицидология*. 2011; 2 (4): 18-25.
 40. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 23-35.
 41. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-7.
 42. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 18-26.
 43. Любов Е.Б., Паршин А.Н. Клинико-экономические исследования суицидального поведения. *Суицидология*. 2016; 7 (1): 11-28.
 44. Rogers M.L., Hom M.A., Dougherty S.P., et al. Comparing suicide risk factors among individuals with a history of aborted, interrupted, and actual suicide attempts. *Arch. Suicide. Res.* 2018. Oct; 10: 1-34. doi: 10.1080/13811118.2018.1522283.
 - related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*. 2006; 126: 272-9.
 23. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-9.
 24. Petrosky E., Harpaz R., Fowler K.A., Bohm M.K., Helmick C.G., Yuan K., Betz C.J. Chronic pain among suicide decedents, 2003 to 2014: findings from the national violent death reporting system. *Ann. Intern. Med.* 2018. Oct 2; 169 (7): 448-455. doi: 10.7326/M18-0830.
 25. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011. P. 125-150.
 26. Zotov P.B. Suicidal behavior of patients with advanced cancer [Suicidal behavior of patients with advanced cancer] (etiopatogenez, klinicheskie formy, optimizacija palliativnoj pomoshhi): Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk. Tomsk, 2005. 46 s. (In Russ)
 27. Zotov P.B. Suicidal behavior and effectiveness of pain control in cancer patients. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (4): 70-2. (In Russ)
 28. Smirnov V. Leading clinical manifestations in patients with post-traumatic amputation of the Shin. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (5): 34-5. (In Russ)
 29. Shaporev, D. Yu., Sakhnyuk, I. I. Characteristic of pain manifestations in patients with lower limb amputation. *Tyumen Medical Journal*. 2008; 3-4: 106-7. (In Russ)
 30. Yin Y., Zhang L., Xiao H., et al. The pre-amputation pain and the postoperative deafferentation are the risk factors of phantom limb pain: a clinical survey in a sample of Chinese population. *BMC Anesthesiol.* 2017. May 26; 17 (1): 69. doi: 10.1186/s12871-017-0359-6.
 31. Zotov P.B. "Pain anamnesis" in patients undergoing amputation: features and clinical significance. *Academic Journal of West Siberia*. 2014; 10 (1): 12-4. (In Russ)
 32. Arias Vázquez P.I., Castillo Avila R.G., Dominguez Zentella M.D.C., et al. Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. *Int. J. Rehabil. Res.* 2018. Mar; 41 (1): 52-6. doi: 10.1097/MRR.0000000000000259.
 33. Turner A.P., Meites T.M., Williams R.M., Henderson A.W., Norvell D.C., Hakimi K.N., Czerniecki J.M. Suicidal ideation among individuals with dysvascular lower extremity amputation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2015. Aug; 96 (8): 1404-10. doi: 10.1016/j.apmr.2015.04.001.
 34. Smirnov A.V., Zotov P.B., Shaporev D., Churakov M.V. Mental disorders in patients with lower limb amputation. *Academic Journal of West Siberia*. 2006; 2: 26-7. (In Russ)
 35. Skovgaard C.B., Holm J., Stenager E.N., Stenager E. Increased post-stroke risk of suicide. *Ugeskr. Laeger.* 2015. Jun 8; 177 (24). pii: V11140629.
 36. Harnod T., Lin C.L., Kao C.H. Risk of suicide attempt in poststroke patients: a population-based cohort study. *J. Am. Heart. Assoc.* 2018. Jan 10; 7 (2). pii: e007830. doi: 10.1161/JAHA.117.007830.
 37. Bernert R.A., Kim J.S., Iwata N.G., Perlis M.L. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015; 17: 554.
 38. Kaplan M.S., McFarland B.H., Huguet N., Newsom J.T. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2007; 77: 56-60.
 39. Zotov P.B. Suicidal behavior of cancer patients. The ratio of oncologists. *Suicidology*. 2011; 2 (4): 18-25. (In Russ)
 40. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23-35. (In Russ)
 41. Zotov P.B. Identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic Journal of West Siberia*. 2010; 3: 35-7. (In Russ)
 42. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation II. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 18-26. (In Russ)
 43. Lyubov E.B., Parshin A.N. The clinical and economic studies of suicidal behavior. *Suicidology*. 2016; 7 (1): 11-28. (In Russ)
 44. Rogers M.L., Hom M.A., Dougherty S.P., et al. Comparing suicide risk factors among individuals with a history of aborted, interrupted, and actual suicide attempts. *Arch. Suicide. Res.* 2018. Oct; 10: 1-34. doi: 10.1080/13811118.2018.1522283.

45. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. *Суицидология*. 2012; 3: 20-9.
46. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 1522-6.
47. McGuire N.K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
48. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб, 2004. 479 с.
49. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J. Neurosci. Nurs.* 2014; 46: 241-8.
50. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы. *Суицидология*. 2017; 8 (4): 56-76.
51. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суицид близкого. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 72-4.
45. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. *Suicidology*. 2012; 3: 20-9. (In Russ)
46. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 1522-6.
47. McGuire N.K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
48. Efremov V.S. Osnovy suicidologii [Basics of suicide]. SPb, 2004. 479 s. (In Russ)
49. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J. Neurosci. Nurs.* 2014; 46: 241-8.
50. Lyubov E.B. Clinical and social burden for suicide survivors: if i had dealt with it properly. *Suicidology*. 2017; 8 (4): 56-76. (In Russ)
51. Obraztsova A.S. support group experiencing the suicide of a close. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 72-4. (In Russ)

SOMATIC PATHOLOGY AMONG SUICIDE RISK FACTORS. REPORT I.

P.B. Zotov¹, E.B. Lyubov², E.G. Skryabin¹, A.V. Efanov¹, N.A. Borodin¹, T.V. Bespalova³

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

²Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

³Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Khanty-Mansiysk, Russia

Abstract: A review of the literature on the risk of suicidal behavior (SB) in various somatic diseases is presented. Factors increasing suicidal risk. The relationship between suicides and severity, duration (3-48 months) of physical illness, the frequency of hospitalizations indirectly indicating the severity of the disease is shown. The risk of SB is higher in young and old persons, that are lonely and have a low socioeconomic level (possibly due to a chronic disease); SB is higher in women. Depression (in 60% of the victims in the general population), *substance abuse* is closely associated with suicides. *Chronic pain* increases the risk of suicide by a factor of 2–3 over a lifetime. "Severe pain" is associated with a 5-fold increase in the risk of suicide; 4% of suicide attempts are initiated by pain, and 8.8% suicide attempters were registered to have signs of chronic pain. In 80-95% of oncological patients, chronic pain is recorded and the insufficient analgesic effect is the leading factor of suicidal risk among this category of patients (the risk of suicide is 4 times higher). Within 2 years after suffering a stroke, the risk of suicide increased 2.2 times. Attempts to commit suicide make up 16-27% of those suffering from phantom pains. *Sleep disorders* – prolonged insomnia, particularly intermittent nightmares, associated with increased risk of SB (from thought to action) by 2-3 times. *Helplessness and loss of control*, especially among those accustomed to manage all aspects of their lives, as opposed to accepting and adapting to weakness and external help, increase the risk of SB. *The diagnosis* of a painful lethal disease. Fear of a destructive "incurable" disease, hopelessness and despair more often accompany suicide than real suffering. The *low quality of treatment and preventive care* indirectly reflect the levels of suicides and parasuicides, the quality of life of patients in connection with actual disability and pain. *The low quality of media messages* is a risk factor for those on the verge of suicide and adopting the SB pattern. *Suicidal thoughts* are detected in 25% of patients who are somatically ill, 35% - in case of those suffering from ≥ 2 diseases. Of demographic characteristics, depression, alcohol consumption, somatic diseases increase the probability of suicidal thoughts by 1.3 times. *Suicide attempts*, the most important predictor of suicide risk, were made by 9% of patients who are somatically ill and 16% of those having ≥ 2 diseases versus 5.5% of the younger population. *Refusal of treatment*, including neglect of medical recommendations.

The reduction in suicidal risk is associated with the influence of protective factors. *Anti-suicidal factors* – the more there are of them, the higher is the protective barrier, the less is the risk of SB. *Professional factors*: opportunity for professional growth, ambition, employment encourage adherence to treatment. *Psychosocial formal and informal support* of relatives, employees, professional services, religious community, club, self-help group. Psychiatric (anti-crisis) treatment. *Religious beliefs* about the sin of suicide and experiencing the hardships of life while maintaining hope. *Psychosocial effects of diseases* and SB. The joint venture affects patients (the victim, other patients - casual witnesses), their relatives and staff, often without targeted training, including in terms of the proper response to the tragedy and the implementation of preventive measures (postvention). In conclusion, the authors state that further studies of the association of joint ventures with somatic diseases are useful for improving the quality of life, alleviating the suffering of patients and preventing joint ventures.

Keywords: suicide, suicidal behavior, suicide risk, risk factors, prevention, somatic diseases, somatic pathology

Финансирование: Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрябин Е.Г., Ефанов А.В., Бородин Н.А., Беспалова Т.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 112-121. doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-112-121](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-112-121)

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Skryabin E.G., Efanov A.V., Borodin N.A., Bespalova T.V. Somatic pathology among the factors of suicide risk. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 112-121. (In Russ) doi: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-112-121](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-112-121)