

поздние стадии заболевания с выраженным болевым синдромом.

Основой суицидального поведения является тревожно-депрессивная симптоматика, которая развивается у пациентов со злокачественными новообразованиями с частотой от 7—24 % до 58—71 % случаев. Особую роль в возникновении аутоагрессивного поведения играют вид противоопухолевого лечения и успешность социально-психологической адаптации больного после его проведения. Объемные оперативные вмешательства, приводящие к существенным косметическим дефектам, провоцируют выраженные эмоциональные реакции, а отсутствие психологической поддержки онкобольного со стороны семьи способствует его изоляции, углублению депрессивных переживаний и появлению суицидальных мыслей и тенденций. Большое значение в формировании аутоагрессии имеет болевой синдром: практически все пациенты в терминальной стадии нуждаются в обезболивающей терапии. Неконтролируемая боль расценивается больными как показатель отсутствия успеха противоопухолевого лечения и провоцирует некоторых из них рассматривать самоубийство как наиболее оптимальный выход из сложившегося положения и избавление от страданий].

S. Valente и соавторы, S. Richards отводят большую роль в выявлении суицидальных тенденций у пациентов как лечащим врачам, так и медицинским сестрам онкологических отделений. По их наблюдениям, до 60 % медсестер правильно идентифицировали суицидальную настроенность больных.

В связи с вышеизложенным в обязанности врача-онколога должно входить не только непосредственное лечение пациентов основного онкологического заболевания, но и профилактика суицидального поведения у них с привлечением в лечебный процесс психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов.

Большое значение в профилактике аутоагрессивного поведения больных с распространенными формами злокачественных новообразований имеет коррекция их эмоционального состояния. Так, психотерапия направлена на стабилизацию психического состояния, независимо от стадии онкологического процесса, которая достигается путем формирования здоровой самооценки, адекватных эмоциональных методов защиты, приобретения коммуникативных навыков и опыта, оптимистического видения будущего.

Индивидуальная психотерапия, применяемая в структуре реабилитационных мероприятий, включает следующие виды: рациональная — новая оценка психотравмирующей ситуации, формирование представлений и адекватных видов реагирования; гипносуггестивная — создание эмоциональной стабильности проявлений (снятие тревоги, депрессии, страха смерти, суицидальных мыслей, алгических проявлений, расстройств сна, аппетита и др.), оптимизация восприятия окружающей среды; когнитивная — обучение больных способам и технике рационального мышления.

Групповая бихевиоральная психотерапия проводится с целью формирования адекватного активного поведения для преодоления болезни, а также активных патологических факторов стрессового состояния: тревоги, депрессии, суицидального поведения, различных невротических расстройств, обусловленных

психоэмоциональным перенапряжением, расстройств сна, социальной дезадаптации]. Позитивными в лечебном процессе являются встречи с больными, которые уже перенесли подобные операции, преодолели свой страх и находятся в состоянии компенсации.

Параллельно с индивидуальной и групповой проводится семейная психотерапия (работа с родственниками), которая направлена на обеспечение взаимопонимания, психологическую поддержку больного, оптимизацию его положения.

Несмотря на достаточно большое количество опубликованных работ зарубежных исследователей, посвященных проблемам аутоагрессивного поведения больных с распространенными формами злокачественных новообразований, многие вопросы требуют более детального изучения. Наш опыт показывает, что своевременное применение комплекса диагностических, коррекционных и психотерапевтических мероприятий позволяет добиться существенных результатов в предупреждении суицидов среди данного контингента пациентов.

УДК 616.89-008.444.9:616.13-004.6:616.899

### **РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНОГО С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ**

*А. И. Тарасенко, В. С., Кухарев*

*Кировоградская областная психиатрическая больница  
(г. Кировоград)*

Несуицидальные самоповреждения являются одним из видов аутоагрессии и трактуются как действия, направленные на причинение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. По данным современных авторов самоповреждения являются самыми разнообразными. Наша публикация посвящена редкому случаю, который в литературе вообще еще не был описан.

Больной Г., 67 лет, находился на стационарном лечении впервые в жизни с 17.05.2007 г. по 17.11.2007 г. по поводу атеросклеротической деменции с депрессией. Ранее у больного имели место суицидальные попытки (вскрывал вены). В отделении на фоне дементного синдрома отмечалась депрессивная симптоматика: больной сообщал, что у него все болит и что он не хочет жить. Вечером 27.10.2007 р., находясь в палате и лежа на койке, в течение крайне малого промежутка времени больной голыми руками внезапно вырвал себе оба глаза. С диагнозом: анофтальм обоих глаз, в urgentном порядке был доставлен в офтальмологическое отделение, где ему произведена хирургическая обработка ран орбитальных полостей.

По свидетельству оперирующих офтальмологов, на аутоэнуклеацию одного глаза необходимо не более 1,5 минут. В отделении больной продолжал принимать активное лечение антидепрессантами, ноотропами, принимал симптоматическое лечение. В последующем больной предпринял попытку энуклеации, которая была предотвращена.

Данный редкий случай указывает на необходимость длительного и непрерывного наблюдения за больными с вышеуказанной патологией.