

26,5%, идиопатической – у 5%. У 81% больных выявлена эпилепсия с фокальными синдромами; у 19% – с генерализованными синдромами.

Больные отвечали на оригинальную анкету, позволяющую определить проявления стигматизации. Основу опросника из 48 утверждений составили вопросы шкал Р. Fernandes и соавт. (2007) и Р. Salgado и соавт. (2005). Использовалась 4-балльная оценка: «Да» – 4, «Скорее да – 3, «Скорее нет» – 2, «Нет» – 1. Кроме того, на каждого обследуемого в амбулаторных условиях эпилептологом заполнялась анкета с 21 клинико-социальным показателем.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики, корреляционного, факторного и многофакторного регрессионного анализа.

Результаты исследования. Среди обследованных лица наиболее социально значимого возраста (18-40 лет) составляли 66%. Пик распространенности эпилепсии наблюдался в возрастной группе 31-40 лет. Преобладали лица со средним специальным образованием – 45,5%; полное среднее имели 28%, высшее и начальное образование – соответственно 18 и 8,5%.

У 33,5% пациентов наблюдалось от 1 до 12 приступов в год, у 59,5% – более 12; в ремиссии находилось 7% пациентов. Без изменений личности было 0,5% больных, с легкими изменениями личности – 35,5%, умеренными – 45,5%, выраженными изменениями личности – 18,5%.

Проходили стационарное лечение 81% больных, в том числе в психиатрической больнице – 46%. Инвалидами являлись 51,5% больных, среди них преобладали неработающие инвалиды (87,4%), работали 40%. Подавляющее большинство работающих были заняты на низкоквалифицированных работах. 46% состояли в браке, 38% – были не замужем (холост), 14,5% – разведены, 1,5% – вдовы (вдовцы); 54% больных имели детей.

С дискриминацией обществом людей с эпилепсией сталкивались 57,5% больных. Причем постоянно 8%, часто – 21,5%, иногда – 29%. Ограничение в правах отметили 48,5% респондентов, в получении медицинской помощи – 43%, в разглашении диагноза – 37%, в получении жилья – 31%, банковских услуг (кредита) – 29%, юридической помощи – 27%, в защите со стороны правоохранительных органов – 33,5. Корреляционный анализ показал, что чаще с пренебрежительным отношением встречались больные мужчины, люди старшего возраста, проживающие в городе, находящиеся в разводе (не имеющие семью), с большой длительностью заболевания и инвалидностью, с наличием психических расстройств и изменений личности, прошедшие лечение в психиатрическом стационаре ( $p < 0,05$ ).

В математическую модель стигматизации больных эпилепсией вошло четыре фактора, описывающих 71% влияния данного явления. На долю «Клинико-прогностического фактора» пришлось 22,4%, включающего выраженность эпилептических изменений личности, лечение в психиатрическом стационаре, длительность болезни и наличие инвалидности. Видно, что чем тяжелее (прогредиентнее) протекает заболевание, тем чаще больные подвергаются стигматизации. Существенна роль госпитализации в психиатрический стационар и потеря трудоспособности.

Вклад «Социального фактора» составил 18,9%. Здесь достоверно значимы трудности с установлением связей и эмоциональных контактов с окружающими людьми, поддержание семейных и сексуальных отношений. Доля «Семейного фактора» с двумя показателями – наличие собственной семьи и детей – равнялась 15,5. «Правовой фактор», включающий ограничение в правах и дискриминация больных со стороны правоохранительных органов составил 15,4%.

Многофакторный регрессионный анализ позволил уточнить, что кроме перечисленных показателей весьма существенна роль пола и возраста в формировании стигмы и дискриминации ( $p < 0,0001$ ). Значительно чаще ощущают пренебрежительное отношение общества мужчины и люди старшей возрастной группы. Известно, что эпилепсия у мужчин встречается в два раза чаще, чем у женщин, протекает более прогредиентно. У больных старшей возрастной группы присоединяется сопутствующая соматоневрологическая патология, утяжеляющая течение основного заболевания.

Выводы. Более половины больных эпилепсией сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией со стороны общества. На это влияет комплекс клинических, социальных, демографических и правовых факторов. Особенно значима роль тяжелых и хронических коморбидных психических расстройств, требующих лечения в психиатрическом стационаре.

### **ТАКТИЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ УЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

*О.П. Долина, А.Д. Гагин*

Тюменская ОКПБ

Тактильный галлюциноз является довольно редко встречающейся формой психотических расстройств. Иногда этот синдром также называют «дерматозойдным галлюцинозом (бредом) Экбона» (Ekbon K.A., 1938) или «галлюцинозом

Берса–Конрода» (Bers N., Conrad K., 1954) и характеризуется как яркое, чувственное осязательное переживание. Одни авторы (Шахматов Н.Ф., 1976; Ekblom K., 1938) рассматривали тактильный галлюциноз как разновидность пресенильных (инволюционных) бредовых психозов, другие (Harbauer H, 1949; Fleck U, 1955; Schwartz H, 1959) описали развитие этого синдрома при эндогенных депрессиях. Н.С. Иванова (1966), G. Huber (1972), Н. Weitbrecht (1973) наблюдали его при шизофренических психозах, а N. Bers, K. Conrad (1954), Н. Kehrler (1959), В. Bergmann (1963) указывали на его органическую природу.

N. Bers, K. Conrad (1954) определяли это расстройство как хронический тактильный галлюциноз, и сближали его с проявлениями экзогенного типа реакций. В отличие от них Н.С. Иванова показала возможность развития тактильного галлюциноза при различных эндогенных и органических психозах позднего возраста. Структура синдрома зависит от заболевания, в рамках которого он развивается. Главным проявлением данного страдания описывается тактильные галлюцинации с постоянным чувством ползания, перемещения, укусов. Эти ощущения вызывают многочисленные, обычно чрезвычайно мелкие паразиты («микробы», жучки, червячки и т.п.). Нередко больные чувствуют шевеление, передвижение или скопление этих «существ» под кожей. Как правило, больные непоколебимо убеждены в том, что причиной всех мучительных ощущений являются паразиты. Обычно, больные проявляют большую и неутомимую бредовую активность, постоянно обращаются к врачам, в частности к дерматологам. Не получая, по их мнению, помощи и не встречая понимания, они сами активно борются против паразитов (лечатся мазями, втираниями, внутренними средствами и т.п.), без конца моются, меняют, стирают, дезинфицируют белье и т.д. Нередко, бывают ипохондрические расстройства, в частности появляются опасения, а затем и убежденность, что паразиты наносят большой вред здоровью. Иногда ипохондрические идеи достигают степени нигилистического бреда, в таких случаях больные говорят о проникновении паразитов в мозг, внутренние органы и т.д. Настроение становится подавленным и тревожным. Во многих случаях, особенно при шизофренических психозах, патологические ощущения более разнообразны конкретные, предметные ощущения, характерные для тактильных галлюцинаций, сочетаются с сенестопатиями и парестезиями. Обязательным симптомом, сопровождающим галлюцинации, является дерматозоидный бред («бред кожных паразитов») и бред заражения. Больными людьми они оцениваются как последствия проникновения, в соответствующие участки кожи различных пара-

зитов (блох, червячков, клещей и т.п.), локализуемые пациентами повсеместно или в отдельных участках тела, реже нахождением на теле мелких неодушевленных предметов (например, грязи, песка, осколков стекла). Иногда, подобные пациенты, обнаруживают иллюзорные расстройства – больные собирают грязь, шелушащиеся слои кожи, нитки и т.п. и показывают их окружающим как обнаруженных паразитов, в соскобах и на коже «видят» мнимые инородные тела или якобы беспокоящих их паразитов. М.И. Рыбальский, ссылаясь на работу Л.М. Анашкиной (1978), сообщает об органическом тактильном галлюцинозе, когда пациенты ощущают присутствие на / в коже, под нею мнимых объектов (монет, кнопок, наэлектризованной одежды, тепловых лучей, спиралей, червей, насекомых и т.п.) (Жмуров В.А., 2008).

По мнению большинства исследователей, данное психическое страдание, встречается преимущественно у лиц пожилого возраста (старше 60 лет), при сенильных и пресенильных психозах, при атеросклерозе, опухолях, атрофических процессах, органических повреждениях теменно-височных долей головного мозга, соматических заболеваниях (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, хронический гепатит, хроническая почечная недостаточность). Тактильный галлюциноз, среди всех форм психозов позднего возраста, обнаруживается в 0,09% случаев. Женщины заболевают в 3-4 раза чаще, чем мужчины. Тактильный галлюциноз органического генеза чаще бывает регрессирующим или рецидивирующим. (Морозов Г.В., 1988).

В картине дебюта значительное место занимают ложные воспоминания (псевдореминисценции) о мнимых контактах с насекомыми или их личинками. Ложные воспоминания чаще относятся к событиям 2–3-х недельной давности (реже нескольких лет), причем образно воспроизводятся обстоятельства, при которых паразиты «попали» на кожные покровы. В качестве наиболее типичных выступают «антисанитарные условия» – покупка одежды на вещевом рынке или в подземном переходе, прогулка по лесу в период размножения клещей, посещение бани, парикмахерской, возможный контакт в толпе с зараженными педикулезом или другими кожными паразитами. В некоторых случаях на начальных этапах заболевания доминируют сопровождающиеся неприятными ощущениями (локальная болезненность, зуд, щекотание, «неровность» кожных покровов) тактильные иллюзии, интерпретируемые как укусы в местах проникновения насекомых. Подробно описываются морфологические признаки: размеры, конфигурация туловища – присоски, ножки, глаза, усики, цвет; формы жизнедеятельности, пути передвижения под/над кожными покровами, цикл размножения мнимых паразитов и т.д.

В отделении №13 Тюменской ОКПБ, практически одновременно, находилось на лечении два пациента, с ведущим проявлением болезни – тактильный галлюциноз. Оба пациента мужчины, поступили в психиатрическую больницу впервые в жизни, из сельской местности Юга Тюменской области, по направлению участковых врачей психиатров района, с явлениями психоза. Ниже представлены их клинические наблюдения.

Пациент Ш., 51 года, на момент госпитализации предъявлял жалобы на якобы имеющееся вредное воздействие «бацилл», которые находятся на слизистых глаз, рта, носа и вокруг их, на коже всего тела. Заявлял, что эти микробы, «шевелиются, долбят, грызут» кожу. Воздействуя так, они вызывают неприятные ощущения: сильный зуд, жжение, уже «сделали мозоли, вокруг рта и глаз». Утверждал, что за ночь, они склеивают своими экскрементами рот и глаза, «губы и веки деревенеют». Этим больной объяснял и свою бессонницу – «не сплю, потому, что всю ночь отбиваюсь от бацилл». В подтверждение своим словам пытался снимать с губ, с век некую «белую плёнку», якобы оставляемую «бациллами». Высказывал предположения, что заразился несколько лет назад, «от помойного ведра», которое длительно стояло в доме. Рассказ пациента был ярко эмоционально окрашен, но сопровождался мрачным, подавленным настроением. Он был фиксирован на своих ощущениях, просил окружающих избавить его от бацилл, обращался с этой просьбой даже и не к медицинским работникам.

В анамнезе у этого пациента длительное злоупотребление алкоголем, перенесенный в возрасте примерно 40 лет ишемический инсульт, вредные условия труда (15 лет работал шахтёром), т.е. перенёс неоднократные отравления углеводородами. За год до описываемой госпитализации, мужчина перенёс длительное голодовое воздействие на организм, развилась гангрена, вследствие чего, все пальцы кистей были ампутированы. Незадолго до госпитализации стал навязчиво обращаться к участковому фельдшеру за помощью; от лечения у психиатра отказывался.

При дополнительном обследовании больного выявлены: частичная атрофия дисков зрительных нервов обоих глаз; на краниограммах – умеренно выраженные «пальцевые» вдавления; «плоский» тип ЭЭГ; снижение тонуса и кровенаполнения правой позвоночной артерии; резидуальные неврологические симптомы. В психическом статусе выявлялось явное снижение памяти, как на текущие события, так и на события прошлых лет; обстоятельное, тугоподвижное, замедленное по темпу мышление; умеренное интеллектуальное снижение, неустойчивый уровень внимания; стойкое снижение настроения; ограниченность критических возможностей.

Пациент К., 57 лет, поступил с жалобами на болезненное, неприятное ощущение во рту, в носу, нарушения сна, снижение памяти, головные боли, снижение аппетита. Свои жалобы связывал, с тем, что в носу и во рту, под зубными протезами и под коронками перемещаются («ходят») «жилы, ленты» и остатки раскрошившихся зубов. Описывал, болезненное ползание червей по слизистой языка - «хотят разорвать язык на мелкие части». Уверял, что его дёсна постоянно травмируют некие микроскопические «металлические пластины с кольцами» – «их на глаз не видно, а режут больно». Головную боль, пациент так же пытался объяснить перемещением «изо рта в головной мозг жил или червей». Кроме того больной обнаруживал ряд сенестопатий: «из живота, из почек в рот исходит жар»; «глаза изнутри что-то, расцарапывает, как будто мелкими коготками» «во рту, в глотке постоянное чувство, как будто там сначала разорвали, а потом склеили». Данными переживаниями объяснял нарушения сна.

Анамнестически, как и у выше описанного пациента выявлялся длительное воздействие токсических углеводородов. Он, как водитель почти с 25 летним стажем, постоянно находился в соприкосновении с бензином. Мать пациента и тётя, в зрелом возрасте, лечились с психозами. В детском возрасте пациент перенёс сотрясение головного мозга. Около 2-х последних лет отмечал прогрессивное снижение памяти, что заставило оставить работу водителем. За полгода до госпитализации, несколько раз обращался за помощью к врачам стоматологам. При параклиническом обследовании выявлялось: ангиопатия сетчатки; на РЭГ нарушения венозного оттока в бассейне правой позвоночной артерии; при компьютерной томографии были выявлены признаки хронического нарушения мозгового кровообращения.

Психическое состояние, на момент поступления, характеризовалось значительным нарушением памяти, особенно на текущие события; значительной истощаемостью и утомляемостью психических процессов; стойким снижением настроения, явной аффективной неустойчивостью, ранимостью, раздражительностью; паралогичностью, непоследовательностью мышления.

Согласно данным литературы формирование и систематизация параноидных расстройств занимает несколько месяцев и лишь в отдельных случаях кристаллизация бреда происходит в течение более длительного времени. Общая продолжительность бредового психоза составляет в среднем 2–4 года (G.Hopkinson, 1973; M.Bhatia и соавт., 2000; R.Freudenmann, 2002; A.Hillert и соавт., 2004), по данным A.Munro (1980) – от 2 мес. до 20 лет, в среднем 2 года. В изученных нами случаях длительность психоза составляла от 1 месяца до 15 лет. Динамика бреда осуществляется путем генерализации представлений о

распространении паразитов на все новые участки кожных покровов. Если на начальных этапах болезни насекомые “локализуются” в области лица, глаз, волосистой части головы, то затем они поражают туловище и конечности. В некоторых случаях больные ощущают присутствие паразитов в естественных полостях организма.

От делириозных тактильных галлюцинаций тактильный галлюциноз отличается отсутствием помрачения сознания, меньшей брутальностью и наличием элементов критики. Он обычно наблюдается при органических заболеваниях мозга или шизофрении с органическим отягощением, чаще всего проявляется вечером или ночью (М.И. Рыбальский, 1983).

В лечении показаны пропазин, стелазин (трифтазин), галоперидол, сонапакс, терален в малых дозах. Из-за сосудистых расстройств, возникает сложность в курации и лечении больных с тактильным галлюцинозом, в связи с плохой переносимостью типичных нейролептиков. При терапии психотропными средствами рекомендуются корректоры (циклодол и др.). Побочные явления чаще проявляются тремором и оральными гиперкинезиями, которые легко принимают хроническое течение и плохо поддаются лечению. При депрессивной симптоматике назначаются антидепрессанты. Необходимы курсы терапии ноотропами, препаратами, укрепляющими сосудистую стенку. Во всех случаях необходим строгий контроль за соматическим состоянием больных.

## **ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

*И.Н. Иванова, М.А. Козлова*

Тюменская ОКПБ

В последнее время исследователи все чаще отмечают рост негативных явлений среди несовершеннолетних: употребление психоактивных веществ, склонность к азартным играм и неоправданным рискам, нарушение общественных норм и многое другое. Среди причин девиантного поведения подростков, ученые отмечают конфликтные отношения супругов в семье, педагогическая несостоятельность родителей, влияние асоциальных групп, деформация системы ценностных ориентаций и многое другое.

Для формирования саморегуляции подростковый период развития имеет особое значение. Отечественная психологическая литература содержит убедительные доказательства того, что в ходе развития личности, роль внешней регуляции поведения постепенно уменьшается за счет увеличения роли саморегуляции. Так, Л.С. Выгот-

ский (1931) отмечал, что совершенствование волевой регуляции, произвольности поведения, происходит в переходном возрасте, сопровождаясь овладением подростком не только своими действиями, но и своим внутренним миром. Подросток от преимущественно реактивного поведения переходит к действиям в соответствии с сознательно поставленной целью, так как становится реальным субъектом своего развития.

В зависимости от стиля и развитости саморегуляции зависит успешность личности в обществе. У подростков с отклоняющимся поведением недостаточно развиты процессы саморегуляции, что проявляется в социальнедезадаптированном поведении, в подчинении групповым тактикам и программам поведения, низком уровне рефлексии (осознании собственных поступков и программировании поведения) и высоком уровне самостоятельности.

Проблема состоит в том, что в современной научной литературе достаточно полно описаны особенности саморегуляции здоровых подростков, но остается не до конца, изучен вопрос саморегуляции подростков с девиантным поведением. А это необходимо для успешной диагностики и коррекции личностных механизмов саморегуляции подростков данной категории. Данная группа подростков особо нуждается в развитии навыков саморегуляции (моделировании и прогнозировании собственного поведения), что в дальнейшем позволит повысить уровень регуляторных процессов.

Цель исследования: выявление особенностей саморегуляции поведения подростков с девиантным поведением.

Методы исследования: «Тест-опросник волевого самоконтроля в модификации Е. В. Эйдмана»; «Методика измерения уровня субъективного контроля (УСК)»; многошкальная опросная методика В.И. Моросановой «Стили саморегуляции поведения».

Наша исследовательская деятельность проводилась на базе МАУ «Центр внешкольной работы «Дзержинец» г. Тюмени. Одно из направлений работы Центра, деятельность по профилактике девиантного поведения несовершеннолетних.

В исследовании приняли участие 40 юношей в возрасте от 15 до 17 лет.

Результаты исследования и обсуждение. Исследование основных процессов саморегуляции подростков-девиантов показало, что регуляторная функция самосознания подростков-девиантов развита слабо. Специфика социально-дезадаптированного поведения проявляется в подчинении групповым тактикам и программам поведения, низком уровне рефлексии (осознании собственных поступков и программировании поведения) и высоком уровне самостоятельности. В этом заключается парадокс