

зал, что знали что-то об ЭСТ 1414 человек (35,2%). Лучшую осведомленность показали медики (врачи и медсестры) и люди в возрасте 19-50 лет. Главными источниками информации об ЭСТ явились зарубежные художественные фильмы (33,6%) и средства массовой информации (20,2%) (Голенков А.В., 2010).

Цель: изучить кинематографический образ ЭСТ и его влияние на зрителей.

Материал и методы.

Проанализированы 35 кинематографических сюжетов 1948-2008 гг. (27 фильмов, 5 сериалов и 2 мультфильма). 27 фильмов было снято кинокомпаниями США, три – Франции, по одному – России, Германии и Южной Кореи; в одном сериале («Доктор Хаус») ЭСТ встречалась два раза.

Результаты исследования. ЭСТ применялась без наркоза и миорелаксантов в 22 случаях (пациенты находились в сознании, во время процедуры были конвульсии); в 13 – ЭСТ представлялась как болезненная процедура (об этом судили по отзывам пациентов и косвенно: во время сеанса ЭСТ пациенты находились в сознании, пытались вырваться, кричали). В семи случаях ЭСТ применялась для наказания агрессивных и непослушных больных; в пяти – вызывала повреждения мозга (приводила к кататонии, амнезии, слабоумию, припадкам). В четырех сюжетах ЭСТ проводилась вне специального кабинета (в подвале, тюрьме, домашних условиях); в трех – ЭСТ использовалась для убийства. Только в двух случаях перед процедурой с пациентом оформлялось информированное согласие на такое лечение.

Целью применения ЭСТ было лечение психических расстройств (галлюцинаций, МДП, шизофрении, асоциального поведения и прочей патологии) в 19 случаях. Однако лишь в двух сюжетах было показано, что ЭСТ предпочтительней психофармакотерапии (лечебный эффект наступал быстрее). Метод использовался для наказания непослушных и агрессивных больных (после драки с персоналом больницы, к пациентам, нарушающим больничный распорядок) в 10 фильмах, для стирания памяти – в трех и для убийства – в трех.

Самыми известными фильмами, демонстрирующими ЭСТ, являются «Пролетая над гнездом кукушки» (США, 1975) и «Реквием по мечте» (США, 2000). Оба фильма – обладатели премии «Оскар». Единственным сюжетом, снятым в России был сериал «Клетка» (2003). В нем ЭСТ применяется в качестве наказания непослушной больной, проводится без наркоза и миорелаксантов, выглядит как очень болезненная процедура. В мультсериале «Симпсоны» (США, 1989), признанным журналом «Time» в 1998 г. лучшим телесериалом XX века, ЭСТ используется для лечения галлюцинаций.

С 1948 по 2008 гг. образ ЭСТ был представлен положительным только в пяти (14,3%) случаях (после лечения состояние пациентов улучшилось), в девяти (25,7%) – неопределенным, т.к. невозможно составить однозначное мнение, и в 21 (60%) случаях – отрицательным (ЭСТ использовалась для наказания, вызывала повреждение мозга, была болезненной, опасной и смертельной процедурой).

Как показало наше предыдущее исследование (Голенков А.В., 2010), негативные эмоции и оценки ЭСТ указали 63,3% респондентов. Считали ЭСТ эффективным методом лечения ПР – 40,7%, дали бы согласие на проведение ЭСТ в случае болезни своего родственника – 21,9%.

Положительное отношение к ЭСТ имели респонденты, получившие сведения о методе из книг ($p < 0,05$), считающие ее эффективной процедурой ($p < 0,01$) и согласившиеся на ее проведение своим родственникам ($p < 0,01$). Негативные и неопределенные оценки имели респонденты, почерпнувшие сведения об ЭСТ из фильмов ($p < 0,01$).

Выводы. Образ ЭСТ в кинематографе далек от реальности, т.к. данная процедура чаще всего используется не в медицинских целях. Как правило, перед курсом проведением ЭСТ больной не знакомится в доступной форме с особенностями такого лечения, не оформляется информированное согласие. Процедура проводится без анестезии и миорелаксантов, вне специализированного кабинета (отделения) и необученным персоналом. Внимание зрителей акцентируется на глубоких и необратимых повреждениях мозга, что опровергается результатами современных научных исследований. Кинематограф преимущественно формирует у зрителя впечатления об ЭСТ как о brutальном и шокирующем методе лечения, вызывая резко отрицательные оценки и сверхсильные эмоции. Процедура представляется мучительной и болезненной. Кинематографисты, используя сцены ЭСТ, как экстремальное зрелище, определено, преследуют в первую очередь коммерческие и прочие цели, зарабатывают рейтинги популярности и скандальности, не заботясь о правдоподобности и последствиях такого показа для зрителей. Понятны эмоции и оценки ЭСТ зрителями таких фильмов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКАТИНОЛ-МЕМАНТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

А.А. Маргушин, О.В. Молина

Тюменская ОКПБ

К настоящему времени получены веские основания считать, что когнитивные расстройства при шизофрении являются их облигатной составляющей, они возникают на ранних этапах заболевания и не исчезают даже при длительных ремиссиях. Кроме того, установлена определенная сопряженность между негативными психопатологическими симптомами и проявлениями нейрокогнитивного дефицита в клинике эндогенных психозов.

Уменьшение когнитивных возможностей приводит больного к недостаточной адаптации, стрессовым ситуациям и рецидиву депрессии, нарушение экзективных функций ведет к нарушению обратной связи и дисмотивации (апатии). Когнитивные процессы взаимосвязаны с эмоциональным состоянием, что обусловлено общностью зон мозга: фронто-орбитальной области лимбической системы, что и приводит к сочетанным изменениям внимания и эмоционального состояния. Выявлена связь ангедонии и дефицита памяти, а так же дефицита памяти и психосоциальных функций. В ряде случаев когнитивный дефицит ассоциируется со слабой работоспособностью, ангедонией и безволием.

Акатинол-мемантин при длительном применении обнаруживает психостимулирующие свойства, наиболее эффективны при вяло-апатических, астено- и апато-депрессивных состояниях, вызываемых психофармакотерапией, способствуют улучшению межполушарных связей, которые зачастую оказываются при шизофрении нарушенными.

Терапевтическое воздействие акатинол-мемантина на патологически измененный аффект позволяет устранить ряд депрессивных проявлений, которые внешне с трудом отличимы от апатии и абулии, что делает возможным феноменологически отграничить депрессивные симптомы от дефицитарных. Это проявляется лучшими показателями социального и трудового функционирования, мотивации к действию, сексуальной активности, с уменьшением невротизма и интроверсии и большей сохранностью когнитивных функций, что приводит к более позитивной самооценке и более высокому качеству жизни в целом.

В комплексной терапии негативных расстройств акатинол-мемантин выравнивает нарушения, обусловленные органической недостаточностью головного мозга, помимо холинотропного действия, влияет на обмен в организме ионов кальция и протеиновый биосинтез.

Приводим один из случаев нашей клинической практики, с применением акатинол-мемантина в комплексном лечении.

Больной А., 24 лет, болен приступообразно-прогредиентной шизофренией 1,5 года, перенес аффективно-бредовый приступ, находится в ремиссии с легким эмоционально-волевым дефектом личности. Более 3 месяцев находился на

стационарном лечении в психиатрической больнице, куда доставлен бригадой скорой помощи. Ранее за медицинской помощью не обращался. Получал лечение типичным нейролептиком – галоперидол, до 45 мг в сутки, антидепрессантом – амитриптилин, до 150 мг в сутки, корректор – циклодол до 6 мг в сутки. В последующие 3 недели продолжал лечение в дневном стационаре, где была подобрана поддерживающая терапия в виде атипичного нейролептика в среднетерапевтической дозе. При дезактуализации бредовой симптоматики, отсутствии суицидальной настроенности выписан для наблюдения в амбулаторно-поликлиническую службу.

Ведущими нарушениями при обращении в амбулаторную службу были сниженный фон настроения, угнетение витального тонуса, пантомимическая обедненность, сочетающаяся с дистармоничностью моторики, снижение инициативы, эмоциональная отгороженность с количественной и качественной обедненностью речи, которая в свою очередь предопределялась общей недостаточностью побудительной активности.

После присоединения акатинол-мемантина в дозе 20 мг в сутки, к концу 3 недели стали заметными первые признаки начавшегося улучшения состояния - легкое оживление пантомимики, уменьшение апатии, появление внутреннего расслабления. Через 3 месяца приема выровнялся фон настроения, улучшилась способность к концентрации внимания, кратковременная память, уровня понятийности, что подтверждалось данными экспериментально-психологического исследования.

Через полгода приема акатинол-мемантина в комплексной терапии доза ведущего препарата снизилась до минимальной, трудоустроился по профессии, получает высшее образование заочно, находится в гражданском браке, воспитывает ребенка жены от первого брака. Не имея своего жилья, проживает с семьей в доме родителей, отношения с которыми, значительно улучшились. Таким образом, присоединение акатинол-мемантина вне острого состояния способствовало получению положительного результата в аспекте реабилитации.

Постпсихотический период является показанием для назначения акатинола в целях улучшения когнитивных функций, повышения степени критического отношения к болезни и формирования мотивации к участию в программах противорецидивной (поддерживающей) терапии. Препарат наиболее показан клинически и экономически, памятуя о риске мозгового инсульта при применении атипичных антипсихотиков и экстрапирамидных расстройств и поздней дискинезии – при лечении типичными нейролептиками.

Вышеизложенный пример, безусловно, не является безоговорочным утверждением, а информацией к размышлению врача-клинициста, где возможны вариации и накопление новых

данных, расширение нозологий, использования акатинол-мемантина.

ПАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ПАТОГЕНЕЗ. ЛЕЧЕНИЕ)

Л.Г. Ильина-Арбитайло

Тюменская ОКПБ

Существует ряд теорий, описывающих механизмы панических расстройств (ПР), в том числе когнитивно-поведенческая и биомедицинская, на основе которых строится лечение. ПР представляется как последовательность повышенной реакции тревоги, нарушение обработки информации (катастрофическое мышление), аномальные стратегии совладания со страхом, снижение тревоги и достижение чувства безопасности посредством ритуалов безопасности и избегания. Симптомы возникают при активации различных нейрональных путей и реагируют на разные методы лечения. Например, серотонинергические и норадренергические препараты влияют на структуры, отвечающие за реакцию тревоги (околосредовое серое вещество, септальные области, миндалевидное ядро). Серотонинергические и дофаминергические препараты влияют на обработку информации в подкорковых узлах и лимбической системе. ГАМК-ергические препараты снижают общую реактивность мозга, что негативно влияет на запоминание новых положительных событий, важных для десенсилизации и разрыва цепи условных реакций.

К сожалению, в настоящее время нет апробированных и одобренных препаратов, которые напрямую специфически влияли бы на нейромедиаторы в префронтальной коре и гиппокампе, где формируются новые поведенческие реакции совладания со страхом. Имеющиеся в данное время средства не могут повлиять напрямую и на такие сложные поведенческие реакции, как ритуалы безопасности и избегание.

Лечение ПР проводится по ступенчатой схеме и начинается с применением метода с минимальным числом побочных эффектов и доказанной эффективностью. На первом этапе проводится когнитивно-поведенческая терапия или выбирается селективный ингибитор обратного захвата серотонина (SSRI, СИОЗС). Выбор метода осуществляется во время первичной консультации. Ближайшая цель когнитивной терапии – содействовать когнитивным преобразованиям через исправление систематических отклонений в мышлении. Это предполагает: обнаружение, опознание «автоматических мыслей»;

реконструкцию глубинных смысловых структур; целенаправленное изменение дисфункциональных базовых посылок на конструктивные; закрепление конструктивных поведенческих навыков. В специально организованных поведенческих упражнениях ставится под сомнение, конкретизируется валидность дезорганизующих когнитивных навыков и правильность вновь сформированных, закрепляется новая интерпретация симптомов.

Ко второму этапу переходят при отсутствии эффективности двух препаратов (SSRI, СИОЗС) и обсуждения другого, продолжая психотерапию. Третий этап включает более интенсивную когнитивно-поведенческую терапию, вместе с комбинацией препаратов, которые до этого не применялись.

Нейрофармакология играет роль в понимании синдромальной специфичности препаратов. Ингибиторы обратного захвата серотонина облегчают появление депрессивного расстройства и тревожности – препараты выбора на первом этапе. В целом выбор препарата зависит от симптомов, например, при бессоннице рекомендуется применять трициклический антидепрессант миртазапин. Пароксетин, циталопрам – седативные средства, препараты выбора для больных с выраженной активацией.

При лечении больных с желудочно-кишечной симптоматикой препаратом выбора является пароксетин. Бензодиазепины применяются при неотложных состояниях (начальные ПА), для хронического лечения больных с резистентной тревогой. Если применение двух ингибиторов обратного захвата серотонина не эффективно, необходимо выбирать такие препараты, как трициклические антидепрессанты, венлафаксин, миртазапин.

На третьем этапе можно применять седативные атипичные нейролептики: оланзапин (зипрекса) и кветиапин (сероквель).

Очень высокую эффективность в лечении ПР имеют ингибиторы MAO. Через два-три месяца после полного исчезновения симптомов дозы препаратов постепенно снижают, в итоге отменяя его.

Для получения оптимальных результатов лечения необходима правильная комбинация психологического и фармакологического лечения.

Литература:

1. Соколова Е.Т. // Психотерапия. Теория и практика. – Издательство Московского университета - «Академия», Москва. 2006. – С. 160-162.
2. Быстрицкий А.С., Незнанов Н.Г., Звартау Э.Э. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. - № 3.