

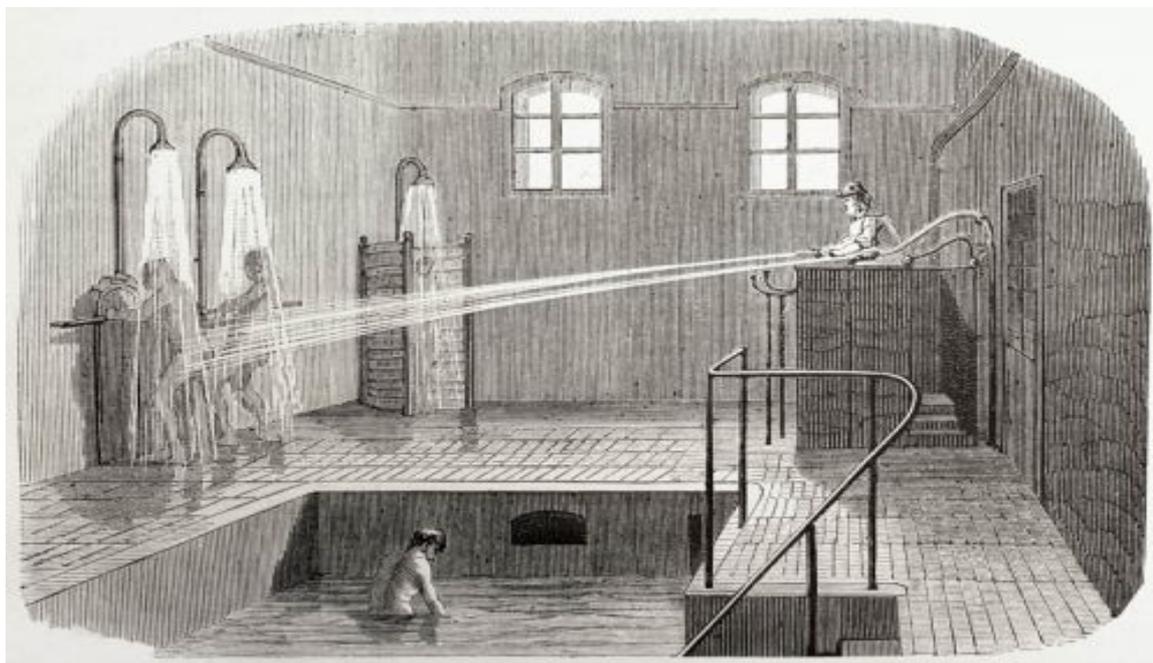
## **Третья Всероссийская заочная олимпиада студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума – 2016»**

### **Итоги и победители**

**Приветствуем всех участников Олимпиады! В III Всероссийской олимпиаде «Игры разума – 2016» соревновались студенты и молодые ученые из следующих городов и организаций:** ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, **г. Саратов**; Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Научный центр психического здоровья" (ФГБНУ НЦПЗ), **г. Москва**; ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, **г. Москва**; ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, **г. Рязань**; ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, **г. Омск**; Московский институт психоанализа, **г. Москва**; ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», **г. Тула**; ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет», **г. Барнаул**; ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, **г. Москва**; ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», **г. Санкт-Петербург**; ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, **г. Санкт-Петербург**; ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», **г. Санкт-Петербург**; ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, **г. Кемерово**; ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, **г. Оренбург**; ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, **г. Москва**; ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, **г. Иваново**; ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, **г. Казань**; ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, **г. Самара**; Коми филиал ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, **г. Сыктывкар**; ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, **г. Санкт-Петербург**; ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, **г. Смоленск**; ФГОУ ВПО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», **г. Москва**; ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, **г. Ростов-на-Дону**; Академии психологии и педагогики Южного федерального университета, **г. Ростов-на-Дону**; ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, **г. Москва**; ФГБОУ ВПО "Брянский государственный университет имени академика И.Г.Петровского", **г. Брянск**.

**Итоги подведены, и лавровые венки уже готовы лечь на головы олимпийцев! Но для начала предлагаем правильные и лучшие ответы.**

**Задание № 1.** Данное необычное изобретение создал известный французский психиатр 19-го века. Он утверждал, что его изобретение чрезвычайно полезно для людей с нарушениями психики.



Лучшим ответом на первое задание признан ответ Касьянова Евгения Дмитриевича, г. Кемерово: Изобретение, представленное на изображении, называется Душ Шарко. Автор данного агрегата – французский психиатр и невропатолог Жан-Мартен Шарко. Суть изобретения заключается в том, что пациенту делается массаж струёй воды, направленной с пяти метров. Ж. Шарко полагал, что данное изобретение поможет людям с неврастенией, невротами и депрессией избавиться от своих недугов. Первый такой душ был установлен в кабинете гидротерапии при больнице Сальпетриер в Париже, где практиковал сам Ж. Шарко [Н.Г. Незнанов «Рациональная психоформакотерапия», 2014].

Приведём список участников, получивших максимальную оценку за выполнение задания № 1: Цатурова К.Н., Саратов; Орлова Ю.М., Москва; Дорофейкова М.В., Санкт-Петербург; Складанов К.И., Санкт-Петербург; Криницкий Д.Ю., Санкт-Петербург; Гизатулина Л.В., Кемерово; Лагуткина А.Ю., Саратов; Шестакова Р.А., Москва; Герашенко Н.А., Оренбург; Маматказина А.И., Саратов; Гребенкина Н.В., Самара; Оганян Д.В., Санкт-Петербург; Матросова О.А., Санкт-Петербург; Соколов Н.В., Смоленск; Парфенов Е.А., Москва; Петров Н.Л., Санкт-Петербург; Котляревская М.А., Ростов-на-Дону; Ткаченко В.Д., Новотроицк; Асташенко А.П., Саратов; Роганина М.В., Саратов; Кашеева М.А., Брянск; Луценко А.М., Москва; Мысливцева А.В., Ростов-на-Дону; Трубкина А.С., Москва.

**Задание № 2.** Известно, что Максим Горький увлекался философией. В 1889-1890 годах он посещал лекции студента-философа Николая Васильева и уже на второй лекции испытал следующее состояние: „...видел нечто неопишное страшное: внутри огромной, бездонной чаши, опрокинутой набок, носятся уши, глаза, ладони рук с растопыренными пальцами, катятся головы без лиц, идут человетчи ноги,

*каждая отдельно от другой, прыгает нечто неуклюжее и волосатое, напоминая медведя, шевелятся корни деревьев, точно огромные пауки, а ветви и листья живут отдельно от них; летают разноцветные крылья, немо смотря на меня безглазые морды огромных быков, а круглые глаза их испуганно прыгают над ними; вот бежит окрыленная нога верблюда, а вслед за нею стремительно несется рогатая голова совы—вся видимая мною внутренность чаши заполнена вихревым движением отдельных членов, частей кусков, иногда соединенных друг с другом иронически безобразно. В этом хаосе мрачной разобщенности, в немом вихре изорванных тел, величественно движутся, противоборствуя друг другу Ненависть и Любовь, неразлично подобные одна другой, от них изливается призрачное, голубоватое сияние, напоминая о зимнем небе в солнечный день, и освещает все движущееся мертвенно однотонным светом... через несколько дней почувствовал, что мозг мой плавится и кипит, рождая странные мысли, фантастические видения и картины. Чувство тоски, высасывающей жизнь, охватило меня, и я стал бояться безумия. Но я был храбр, решил дойти до конца страха, и, вероятно, именно это спасло меня..."*

Допускается, что М.Горький развившееся состояние мог связывать со своим увлечением философией и философскими проблемами, поскольку перенесенное состояние описал в своем очерке «О вреде философии».

### **Квалифицируйте расстройство, перенесенное М. Горьким.**

**Возможно ли развитие расстройства в связи с увлечением философией, как считал М. Горький?**

**Один из самых корректных ответов дала Цатурова Карина Николаевна (Саратов):** Отрывок из очерка «О вреде философии» описывает состояние, которое пережил Максим Горький на одной из лекций по философии. Здесь мы видим трудно разграничиваемые метафорические фантазии и зрительные галлюцинации. Через несколько дней М.Горький описывает присоединение к имеющейся симптоматике ярко выраженного аффекта страха.

Данное состояние можно было бы расценить как синдром острого галлюциноза, ввиду отсутствия данных за наплыв галлюцинаций от других анализаторов. Но, ознакомившись с полным текстом очерка, удалось выяснить, что у М. Горького также имелись интенсивные слуховые галлюцинации. По мере прогрессирования галлюцинаторного синдрома к имеющейся симптоматике присоединились навязчивые идеи («Мне очень, нестерпимо хочется сказать даме, что бога—нет, но я хорошо вижу, каковы будут последствия моей искренности, я как можно скорей, стороной, почти бегом, ухожу»), иногда М. Горький терял связь с окружающей действительностью («Все - возможно. И возможно, что ничего нет, поэтому мне нужно дотрагиваться рукою до заборов, стен, деревьев. Это несколько успокаивает. Особенно если долго бить кулаком по твердому, убеждаешься, что оно существует»), возникали моменты «выключения» сознания с автоматизированной деятельностью (так, например, он описывает, что в апелляционной жалобе он бессознательно написал четверостишие). Последнее состояние И. Б. Галант называет «резкой сновидной оглушенностью». В своем разборе психического расстройства М.Горького он также указывает на наличие у писателя «сильных припадков лихорадки», на основании чего заболевание классифицируют как лихорадочный делирий (*Delirium febris*).

Развитие данного психического расстройства в связи только лишь с увлечением философией, невозможно. Да и сам Максим Горький, скорее всего, так не считал. И.Б. Галант пишет в своем патографическом очерке: «Вернее думать, что Горький немного подтрунил над самим собой и дал юмористическое выражение тем напрасным усилиям разрешить неразрешимое (вопрос возникновения мира), которые утомляли его юный ум».

- Максим Горький. «О вреде философии». Режим доступа [http://modernlib.ru/books/gorkiy\\_maksim/o\\_vrede\\_filosofii/read/](http://modernlib.ru/books/gorkiy_maksim/o_vrede_filosofii/read/)
- И.Б. Галант. «Делирий Максима Горького». [Клинический архив гениальности и одаренности 1925 год. Т.1, В2.](#)  
Режим доступа <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/114/chapter/4>

**Максимальную оценку за выполнение задания № 2 получили участники: Касьянов Е.Д, Кемерово; Цатурова К.Н., Саратов; Лагуткина А.Ю., Саратов; Шестакова Р.А., Москва; Шиланкова С.О., Иваново; Шишкова Т.И., Самара; Оганян Д.В., Санкт-Петербург; Соколов Н.В., Смоленск; Парфенов Е.А., Москва; Петров Н.Л., Санкт-Петербург; Котляревская М.А., Ростов-на-Дону; Ткаченко В.Д., Новотроицк; Роганина М.В., Саратов; Мысливцева А.В., Ростов-на-Дону; Трубкина А.С., Москва.**

**Задание № 3.** В популярной психологии есть четыре синдрома, которые в своём названии имеют названия городов. Что это за синдромы?

Лучшими, по мнению жюри, были ответы Криницкого Дамира Юсуфовича (Санкт-Петербург) и Роганиной Марии Вячеславовны (Саратов).

**Ответ Криницкого Д.Ю.:** Мне известны пять названий синдромов, которые имеют в своём названии названия городов:

- 1) **Стокгольмский синдром** – состояние, при котором жертва насилия начинает испытывать симпатию к агрессору. Синдром описан под данным названием после ограбления в Стокгольме в 1973 году.
- 2) **Иерусалимский синдром** – психотические расстройства, возникающие у лиц, совершающих паломничества.
- 3) **Парижский синдром** – транзиторные психические расстройства, которые проявляются у туристов (в основном – японских), посещающих столицу Франции или другие места в Западной Европе; характеризуются бредом (преследования или отношения), галлюцинациями, дереализацией, деперсонализацией, тревогой, а также психосоматическими симптомами – головокружением, тахикардией, потливостью и др. Считается, что причиной Парижского синдрома является разочарование, от того, что ожидаемый образ «идеального города» очень сильно отличается от реального (тяжёлая форма культурного шока).
- 4) **Лимский синдром** – состояние, при которой агрессор начинает испытывать симпатию к жертве. Это своего рода «стокгольмский синдром наизнанку» (некоторые виктимологи рассматривают Лимский синдром как разновидность Стокгольмского синдрома). Описан после захвата в г.Лима (Перу) в 1997 году посольства Японии.
- 5) **Флорентийский синдром** – психическое расстройство, которое развивается, когда человек находится под воздействием произведений изобразительного искусства – характеризуется учащённым сердцебиением, головокружением, обмороками,

смятением и даже галлюцинациями. Описан в 1979 году на основании описания 100 идентичных случаев у туристов, посещавших флорентийские музеи (в т.ч. галерею Уффици). Синоним: синдром Стендаля.

Авторы заданий написали, что «В *популярной* психологии есть четыре синдрома...» (курсив мой – Д.К.). На самом деле все указанные термины используются специалистами в области психического здоровья. В подтверждение своих слов привожу ссылки на монографию по ПТСР, полнотекстовую статью из British Journal of Psychiatry и несколько тезисов из базы данных Pubmed, в которых используются данные термины. Все приведённые источники – бесспорно пространство профессиональной лексики специалистов:

[https://books.google.ru/books?id=FUOHCwnHFKUC&dq=PTSD:+Brain+Mechanisms+and+Clinical+Implications&hl=ru&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.ru/books?id=FUOHCwnHFKUC&dq=PTSD:+Brain+Mechanisms+and+Clinical+Implications&hl=ru&source=gbs_navlinks_s) <http://bjp.rcpsych.org/content/176/1/86.full>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3662732> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16203697>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3415129> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26058196>

PS. В психиатрической лексике также есть два термина (правда, оба практически вышли из употребления), связанные с названиями городов:

- 1) Для обозначения психиатрических больниц существовало распространённое нарицательное название «**Бедлам**». Это слово происходит от сокращённого английского «Bethlehem». В 1547 г. общежитие религиозного братства «Господа нашего из Вифлеема» в Лондоне было преобразовано в «психиатрическую больницу им. Марии Вифлеемской». А Вифлеем – это город в Иудее
- 2) Устаревший термин «**Содомия**», которым раньше обозначали широкий круг сексуальных девиаций, происходит от названия библейского города Содом у устья реки Иордан, жители которого погрязли в распутстве. Сегодня этот термин уже не используется, зато в классических работах Рихарда фон Крафта-Эбинга употребляется многократно.

**Ответ Роганиной М.В.:** Популярная психология, являясь совокупностью систем и практик, завоевавших известность среди широкого круга людей, стремится в своем динамичном развитии к популяризации упрощенной трактовки научных данных. Структурные и информационные особенности популярной психологии отличны от характеристик академических стандартов и современной научной парадигмы Психологии. Преследуя цели высокой степени распространённости, общедоступности и коммерческого рейтинга, популярная психология использует методы привлечения широких пластов населения как смыслового, так и лингвистического направления, проявляющегося в используемом стиле повествования и употреблении образно-ярких названий, привлекающих ассоциативный ряд, раскрывающий частично или полностью сущность заключенного материала.

Так, известны синдромы популярной психологии, несущие в своей лингвистической структуре названия городов и столиц мира.

- 1) Стокгольмский синдром — (Стокгольм — столица и крупнейший город Швеции) термин, описывающий бессознательное формирование механизма защиты, проявляющегося в возникновении эмоциональной связи между жертвой и агрессором

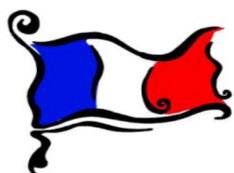
в процессе применения или угрозы применения насилия. В 1936 году Анной Фрейд был описан механизм психологической защиты «Идентификация с агрессором», который лежит в основе теоретических представлений о Стокгольмском синдроме.

- 2) Парижский синдром — (Париж — столица Франции; административный центр региона Иль-де-Франс) совокупность дезорганизующих психику эмоциональных проявлений, возникающих у туристов, в основном японцев, при посещении Франции. Парижский синдром был выявлен в 1986 году японским психиатром Хироаки Отой, наблюдавшим симптомы дереализации, острого чувства преследования, тревоги и депрессии, а также галлюцинаций. Он предположил детерминированность данной совокупности синдромов разницей культуральных особенностей японской национальности и французской, в коллективном арсенале поведенческих и личностных догм которых, расположены противоположные устои эмоциональных проявлений и отношений.
- 3) Иерусалимский синдром — (Иерусалим — столица и главный политический центр Израиля) редко возникающее у паломников Иерусалима психическое расстройство, проявляющееся в формировании религиозного бреда, а также бреда величия, впервые клинически описанное иерусалимским психиатром Хайнцем Германом.
- 4) Синдром Стендаля — (Стендаль — город в Германии, районный центр, расположен в земле Саксония-Анхальт) психическое расстройство, характеризующееся частым сердцебиением, головокружением и галлюцинациями, проявляющимися под воздействием произведений искусства в местах их количественного и качественного сосредоточения — музеях и картинных галереях.
- 5) Лимский синдром — (Лима—город и столица республики Перу) синдром, в своем содержательном контексте противоположный Стокгольмскому синдрому, характеризующийся возникновением эмоциональной привязанности агрессора по отношению к своей жертве. Основания для описания синдрома имеют под собой реальные события, произошедшие 17 декабря 1996 года в столице Перу.
- 6) Синдром **Питера Пена** — (Санкт-Петербург — город федерального значения Российской Федерации, административный центр Северо-Западного федерального округа и Ленинградской области) комплекс эмоциональных и поведенческих особенностей у мужчин, характеризующийся эмоциональной незрелостью, инфантильностью, невозможностью взросления и социальной адаптации, свойственной для определенных возрастных критериев.

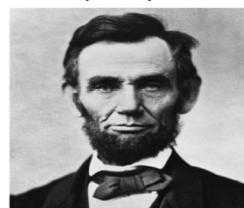
**Задание № 4. Разгадайте ребусы. Назовите зашифрованные лекарственные препараты. Укажите фармакологическую группу, основные показания к применению.**

## Ребус 1

Friend



1, 2, 3



## Ребус 2

A<sub>2</sub> → O



С поставленной задачей превосходно справились почти все участники Олимпиады. Приводим ответ Складанова Кирилла Игоревича (Санкт-Петербург):

*Ребус 1.* Ответ – **АМИТРИПТИЛИН**. Friend в переводе на французский (мы видим французский флаг) – «Ami», далее «три птицы», без двух последних букв – «трипти», фотография Линкольна – первые три буквы – «лин». Амитриптилин относится к трициклическим антидепрессантам из группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН). Применяют главным образом при эндогенных депрессиях, однако также применяется и при лечении депрессий любой другой этиологии. Особенно эффективен при тревожно-депрессивных состояниях; устраняет тревогу, психомоторное возбуждение (ажитацию), внутреннее напряжение и страх, бессонницу и собственно депрессивные проявления. Также применяется для лечения фобических расстройств, детского энуреза, психогенной анорексии, булимического невроза, хронического болевого синдрома невrogenного характера, а также для профилактики мигрени. Применение ограничено широким спектром побочных эффектов: нарушения сердечной проводимости, аритмии, гипотензия, сухость во рту, излишняя седация, или, наоборот, бессонница, задержка мочеиспускания и др. Существует как в таблетированной, так и в форме для инфузионной терапии.

*Ребус 2.* На картине изображена жена Сальвадора Дали – Гала. Заменяв вторую «А» на «о» получаем «гало». Следующая часть – «перила» без двух последних букв – «пери».

Заключительная часть – клавиша ноты «До». Плюс «Л» = «дол». Все вместе – **ГАЛОПЕРИДОЛ**. Типичный антипсихотик, относится к классу бутирофенонов, создан в 1957 году. На данный момент существует пролонгированная форма (галоперидола деканоат). Относится к селективным блокаторам D2- и D4-рецепторов. В результате обладает ярковыраженным антипсихотическим эффектом. Область применения на данный момент весьма широка. В первую очередь это психомоторное возбуждение различного генеза (маниакальное состояние, олигофрения, психопатия, шизофрения, хронический алкоголизм), бред и галлюцинации (параноидальные состояния, острый психоз), а также синдром Жилль де ла Туретта, хорея Гентингтона, психосоматические нарушения, расстройства поведения в пожилом и детском возрасте, заикание, длительно сохраняющиеся и устойчивые к терапии рвота и икота. Для галоперидола деканоата: шизофрения (поддерживающая терапия). По сравнению с аминазином имеет более выраженное действие на продуктивную симптоматику, но меньший седативный эффект. Использование ограничено выраженными побочными эффектами – на первом месте экстрапирамидными нарушениями. На данный момент существует пролонгированная форма (галоперидола деканоат).

### **Ответ Криницкого Д.Ю. (Санкт-Петербург):**

#### **ребус №1**

Первая часть задания: la ami – перевод на французский язык английского слова «friend» (друг)

Вторая часть задания: изображение трёх птиц

Третья часть задания: портрет Авраама Линкольна, шестнадцатого президента США

ответ: **амитриптилин**

фармакологическая группа: трициклический антидепрессант,

#### **основное применение в современной клинической психиатрии:**

- лечение депрессивного синдрома
- также применяется в психиатрической практике для лечения:**
- расстройств пищевого поведения
  - фобических расстройств
  - энуреза у детей
  - синдрома дефицита внимания и гиперактивности
- применение в неврологии:**
- профилактика мигрени
  - лечение нейропатической боли и головной боли тензионного типа
- применение в общей медицине для лечения:**
- синдрома раздражённого кишечника
  - хронического кашля
  - синдрома циклической рвоты
  - дискинезии желчевыводящих путей

#### **ребус №2**

Первая часть задания: картина Сальвадора Дали «Галарина» (1944-45), находящаяся в театре-музее Дали в г. Фигерасе. На картине изображена супруга Сальвадора Дали – Гала (настоящее имя – Елена Ивановна [Димитриевна] Дьяконова).

Вторая часть задания: изображение перил

Третья часть задания: выделенная на фортепианной клавиатуре нота «до» первой октавы.

ответ: **галоперидол**

фармакологическая группа: антипсихотический препарат первого поколения (типичный антипсихотик), производное бутирофенона

**применяется в современной клинической психиатрии для лечения:**

- шизофрении (симптоматическая и поддерживающая терапия)
- психозов, связанных с употреблением психоактивных веществ (алкогольных, вызванных ЛСД, псилоцибином, амфетамином, метамфетамином, декстрометорфаном, кетамин и фенциклидином)
- бреда и галлюцинаций различного происхождения
- соматогенных психозов
- делирия
- психомоторного возбуждения различной этиологии (маниакальный синдром, умственная отсталость, расстройства личности, синдром зависимости от алкоголя)
- неконтролируемых иначе тяжелых расстройств поведения у детей, подростков и пожилых лиц (в том числе гиперактивность, агрессивность, детский аутизм)
- алкогольного и опиоидного абстинентных синдромов
- пограничного расстройства личности
- нервной анорексии

**применение в неврологии:**

- лечение тикозных расстройств (в том числе синдром Туретта) и хореи. *(хотя лечение тикозных расстройств, в том числе синдрома Туретта, входит и в компетенцию психиатров)*
- лечение хронического болевого синдрома

**применение в общей медицине:**

- лечение тяжелой тошноты и рвоты в послеоперационном периоде и в рамках паллиативной помощи (паллиативная терапия побочных эффектов лучевой терапии и химиотерапии в онкологии)
- лечение резистентной икоты

**Задание № 5. Творческое. Максимальный объем работы – 1 страница. При выполнении задания используйте любое художественное произведение (художественный фильм, мультипликационный фильм, литературное произведение). Тема: «Психологические особенности семьи и её влияние на развитие личности подростка на примере художественного произведения (книга, художественный фильм, мультфильм).**

Благодарим за развернутые интересные ответы **Фещуру И.В. (Тула), Хациеву Б.В. (Саратов), Попову А.С. (Саратов), Маматказину А.И. (Саратов), Соколова Н.В. (Смоленск), Касьянова Е.Д. (Кемерово), Криницкого Д.Ю. (Санкт-Петербург).**

**В качестве примера приведём творческое задание Криницкого Д.Ю.**

***Психологические особенности семьи и её влияние на развитие личности подростка на примере художественного фильма «Звездочки на земле» режиссера Аамира Хана***

Фильм популярного индийского актера и режиссера Аамира Хана о талантливом маленьком мальчике с большими сложностями в семье и школе. Хорошая и актуальная в любой стране драма затрагивает одну из самых важных проблем в жизни человека – его взаимоотношения с родителями, а также неумение понять ребенка и помочь ему.

Часто происходит так, что отношение родителей к ребенку требовательное, нетерпимое порождает негативную реакцию ребенка, его замкнутость или, наоборот, излишнюю агрессивность, недовольство собой, окружающими. С течением времени процесс личностного развития трансформирует и изменяет индивидуальность, её структуру, функции. Бывает, роль духовного наставника берет на себя посторонний человек. Так и случилось в фильме «Звездочки на земле», где главному герою – Ишану Авасти помог открыть себя учитель рисования Рам Шанкар.

Ишану Авасти всего 8 лет, но печалей в его жизни уже немало – мальчишки во дворе считают Ишана неуклюжим и не желают играть с ним, отец очень строг, а уж про дела в школе лучше и не вспоминать. На очередной контрольной Ишан весь урок решает одну задачку, да и то неверно. Так что школу он едва выносит, в отличие от умного и старательного старшего брата. Учителя считают Ишана лентяем, родители тоже. А сам Ишан старательно поддерживает эту иллюзию, ведь иначе откроется ужасная, невыносимая правда... Правда о том, что Ишан Авасти, учась в третьем классе, до сих пор не умеет толком читать, писать и считать. Мысль о том, что этот позор всем откроется, невыносима, поэтому на все уговоры сделать уроки Ишан находит тысячу причин, чтобы увильнуть от домашних заданий. Что ему действительно очень нравится – так это рисование, Ишан (а вместе с ним и зрители) видит мир глазами художника, но кому это интересно?

Обман не может длиться бесконечно – увидев результаты последней контрольной и узнав, что младший сын прогулял целый день учебы, отец Ишана приходит в ярость и принимает решение, которое кардинально изменит жизнь всей семьи. Ишана отправляют в интернат. Это престижное, недешевое заведение, где мальчика должны перевоспитать строгие учителя и жесткая дисциплина. И никакие слезы и уговоры уже не могут помочь Ишану. Даже его добрая любящая мать не в силах переубедить отца, ведь она тоже понимает, что младшему сыну нужно помочь исправить оценки. С этого момента в жизни Ишана наступает глухая черная полоса. Точно спрятанный в темноту цветок, он становится поникшим и безучастным ко всему. Даже кисточки и краски больше не радуют маленького изгнанника.

Таким образом, благополучная, живущая в достатке семья, следуя правилам общества: дети должны хорошо учиться, быть послушными и воспитанными, не находит времени, терпения для того, чтобы разобраться в проблемах своего ребенка. Старший сын радует родителей, его поведение четко укладывается в рамки установленных правил.

Детей всегда сравнивают. И это сравнение не в пользу младшего ребенка. Его богатый внутренний мир отцом не замечается вообще. Здесь отец выступает с позиции лидера. Его мнение никто не обсуждает. Любящая, но безвольная мать, которая испытывает глубокую нежность и привязанность к Ишану, тем не менее не в состоянии его понять, отвоевать, защитить. Каково влияние семьи на мальчика? Находясь среди самых близких людей, рядом с любящей матерью, мальчик глубоко одинок, не уверен в себе. Трудно представить, что скрывая дислексию, Ишан предпочитает слыть плохим и неблагодарным сыном, тунеядцем, умственно-отсталым... Ведь обследование у специалиста легко бы выявило особенности развития ребенка, которые и объяснили бы плохую учебу и позволили бы составить программу коррекционной помощи. Времени не нашлось, потому что семья руководствовалась только принятыми нормами, отталкиваясь от них, а не от личностных особенностей ребёнка. Одиночество губит ребенка, он осуждает себя за расставание с родителями, но и их не может простить.

Однажды в жизни Ишана появляется временный учитель рисования Рам Никум. Этот учитель узнаёт в мальчике себя и помогает ему, находит закономерности в его ошибках, увеличивает его самооценку, которая понизилась из-за того, что он делал всё возможное, но у него ничего не получалось.

Разве угрозы и ругань отца могли привести к хорошему результату? Вот какие фразы говорил учитель рисования: «На соломоновых островах, когда аборигены желают очистить участок леса под свои поля – они не вырубают деревья. Они просто собираются там всем племенем и ругаются на них. Через несколько дней деревья начинают увядать, медленно, но верно, и в конечном итоге умирают», «Кому нужен циник всему знающий цену, но ничего не ценящий?».

**Задание № 6.** Представлены 3 описания пациентов и 3 изображения МРТ. Предположите, какому пациенту принадлежит каждое из изображений МРТ. Свои предположения обоснуйте.

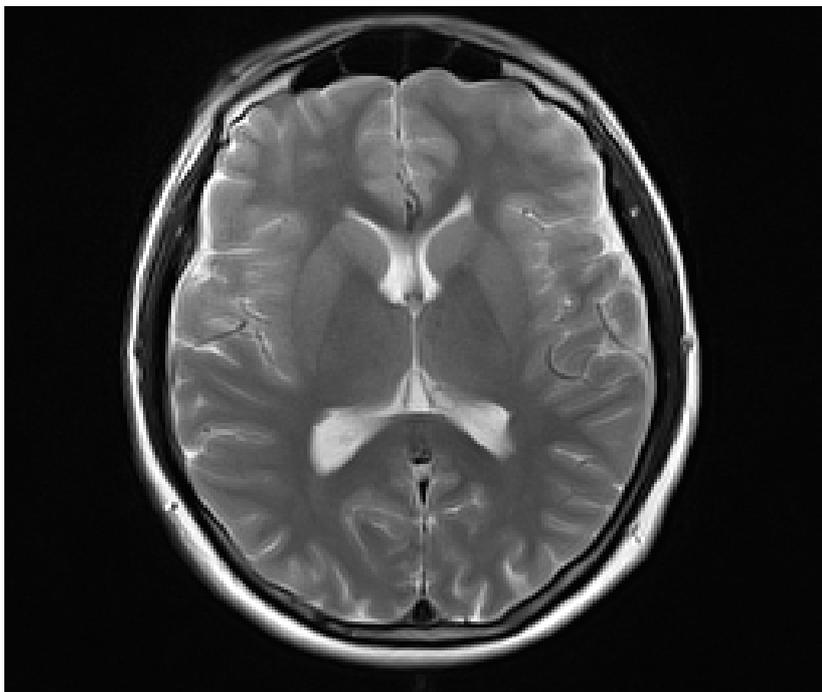
Описание 1. У пациента в возрасте 54 лет начал меняться характер: появились капризность, грубость, раздражительность. Позднее стал нелепым и расторможенным, особенно в сексуальном отношении (играл на улице с детьми и бегал за девочками). При госпитализации в психиатрическую больницу был благодушен, суетлив, груб, бестактен. Употреблял одни и те же выражения, без конца повторял одни и те же рассказы, сопровождая их одними и теми же жестами.

Описание 2. Пациент 19 лет, наблюдается у невролога по поводу приступов, которые проявляются в виде слуховых и зрительных галлюцинаций, вкусовых и обонятельных пароксизмов. Пациенту присущи медлительность, обстоятельность, вспыльчивость, эгоцентризм.

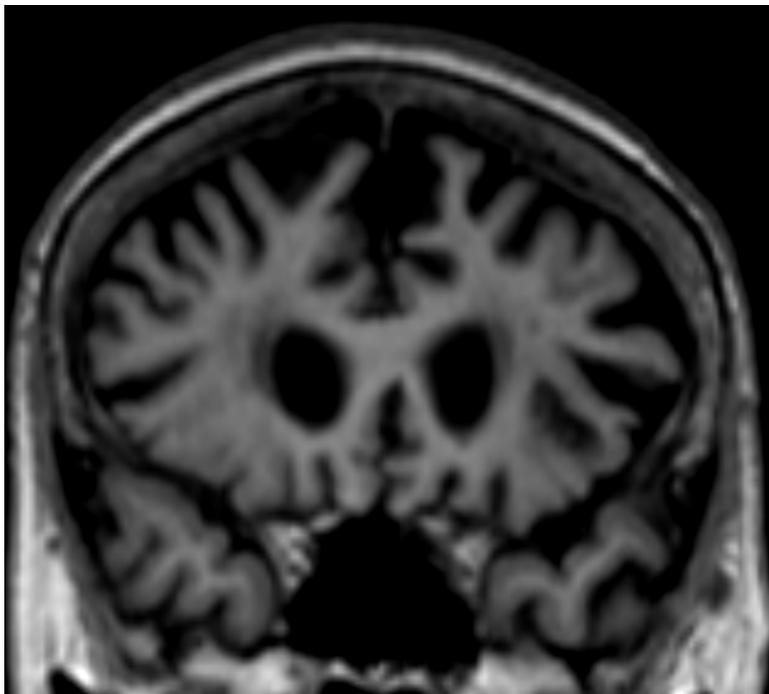
Описание 3. Пациент 20 лет, психически болен с 17 лет. Госпитализируется в психиатрический стационар повторно. Малоопрятен. Амбивалентен. Дистанцию с врачом не соблюдает. Отпускает скабрзные шутки. Критики к состоянию нет. Слышит внутри головы «голоса», которые то ругают, то признаются в любви. Рассказывает, что ощущает на себе воздействие потусторонних сил, которые заставляют думать о греховном, «показывают грязные картинки в голове». Говорит,

*что обладает даром телепатии, чтения мыслей на расстоянии, видит людей насквозь, ставит им диагнозы с первого взгляда, лечит руками.*

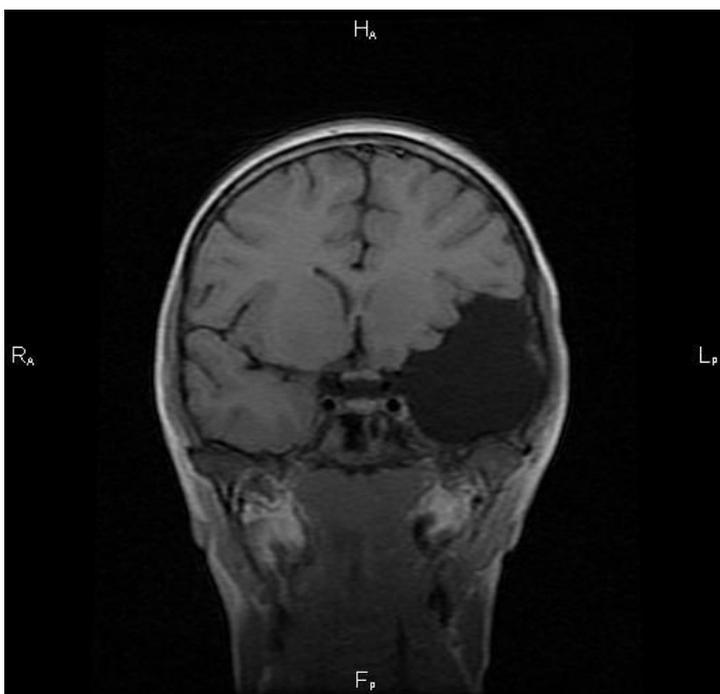
*МРТ изображение 1*



*МРТ изображение 2*



*МРТ изображение 3*



Многие участники корректно и на высоком профессиональном уровне обосновали проведенное ими сопоставление МРТ изображений и клинических описаний. Приведём **рассуждения Матвеевой Надежды Николаевны (Саратов):**

*Описание 1 – МРТ изображение 2:* У пациента в клинической картине имеется расторможенность влечений, эмоциональная тупость, слабоумие, «стоячие обороты» и относительно равномерное снижение всех познавательных процессов, что укладывается в картину тотальной деменции. Тотальная деменция характерна для грубоорганических процессов, при которых поражается преимущественно кора головного мозга. Можно предположить у пациента болезнь Пика ввиду преобладания «лобной» деменции, что связано с преимущественной атрофией лобных и/или височных долей полушарий мозга. На МРТ изображении 2: атрофия тканей лобных и височных долей, в которых кора истончена, а борозды расширены, внутренние рога желудочков соответственно значительно расширены, основная цистерна боковых желудочков и III желудочек расширены слегка, мозолистое тело сохранилось относительно хорошо. Процесс атрофии протекает асимметрично, что также характерно для болезни Пика.

*Описание 2 – МРТ изображение 3:* Клиническая картина (слуховые и зрительные галлюцинации, вкусовые и обонятельные пароксизмы-галлюцинаторные припадки; медлительность, обстоятельность, вспыльчивость, эгоцентризм-эпилептические изменения личности) укладывается в диагноз Эпилепсия.. Припадки происходят на фоне ясного сознания – простые парциальные эпилептические припадки. Данных за врожденную и наследственную патологию нет. Среди экзогенных факторов, способствующих развитию эпилепсии выделяют опухоли, инфекционные, интоксикационные и травматические поражения ЦНС, алкоголизм. МРТ изображение 3 демонстрирует кистозное расширение наружного ликворного пространства с четкими ровными контурами, с выраженным масс-эффектом, без признаков перифокального отека (наиболее вероятно, арахноидальная киста) левой височной доли головного мозга.

*Описание 3 – МРТ изображение 1:* клиническая картина данного пациента укладывается в синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо инверсного

варианта в связи с наличием убежденности больного в способности воздействовать на окружающих, узнавать их мысли, влиять на них, идеями переоценки своей личности, бредовыми идеями величия. Данный синдром встречается при алкогольных, гипоксемических, травматических, сосудистых, инфекционных психозах, параноидной шизофрении. Данные за экзогенные факторы отсутствуют – можем предположить эндогенный характер психического расстройства. МРТ изображение 1 не выявило патологических процессов в тканях головного мозга.

**Задание № 7.** У пациентки через 4 года после перенесенной ЧМТ без потери сознания стали возникать «странные состояния». Первое такое состояние появилось во время прогулки с ребенком: «вдруг как будто ветер ударил... как будто я помешалась... неприятный, неприятный запах... стала будто легкой, оторвалась от земли; все вертелось... упорно смотрела на коляску и лежащую в ней дочь... думаю, колдовство что ли какое напало на меня, потом - тошнота, рвота, после рвоты сразу стало легче». Приступы стали повторяться не реже чем раз в месяц, иногда чаще и продолжались несколько секунд.

Во время припадка всегда ощущала неприятный запах, головокружение («все вертится»), невесомость (становилась легкой, «отрывалась от земли»), несколько раз во время припадка появлялся позыв на дефекацию.

Вскоре присоединились приступы, которые больная обозначает как «чушь», «дурь необыкновенная». Рассказывает о них следующее: «В голове мерещится... мерещится, что я еще где-то, с кем-то... один и тот же вариант не мерещится... по-разному в разных приступах». По ее словам, больная в момент припадка «прекрасно понимает окружающее», может разговаривать. Окружающие в этот момент отмечают у нее «складную речь», но она сама «удивляется», что она «и здесь, и еще где-то». И этот припадок кончается рвотой, после которой наступает облегчение.

Внешне с наступлением припадка больная почти не изменялась. Отмечалось лишь некоторое покраснение, затем побледнение кожных покровов. Спокойно сообщила, что «наступила чушь» и рассказала, что появилось неприятное ощущение в области груди, которое перешло «в отталкивающий запах»... «начались двойные чувства... мысли что ли улетали... как наяву с мужем и детьми еду в поезде к родителям, приезжаю, встречаюсь с ними, и в то же время я здесь, в палате, рядом с вами». «Не могу сказать, что вижу более четко... наверное, то, что сейчас непосредственно окружает, и не очень четко - «представляемую чушь... но, кажется, даже и не так, то вижу очень хорошо». Сообщала, что во время «дури необыкновенной» она чаще видит людей, которых знала, общалась с ними ранее; видят и своих близких, родных. Среди них видит себя, «но как бы со стороны», «будто разговариваю с дедом, матерью, слышу их».

*Квалифицируйте состояние.*

Несомненно, однозначно квалифицировать состояние по предложенному отрывку с позиции общей психопатологии довольно трудно. Однако мы в большей степени склонны согласиться с мнениями Котляревской Марии Александровны (Ростов-на-Дону), Асташенко Александра Петровича (Саратов), Криницкого Дамира Юсуфовича (Санкт-Петербург), Касьянова Евгения Дмитриевича (Кемерово).

### Ответ Криницкого Д.Ю.:

Предварительный диагноз (на основании анализа представленной информации): Симптоматическая фокальная [височная] эпилепсия; сложные парциальные приступы. Для верификации диагноза необходимо дополнительное обследование:

- ЭЭГ-мониторинг
- МРТ головного мозга (особенно интересуют височные доли, гиппокампы, признаки наличия корковой дисплазии).

### Ответ Касьянова Е.Д.:

**Диагноз:** Фокальная симптоматическая эпилепсия с психосенсорными приступами (без выключения сознания) [G 40.1 по МКБ-10].

**Обоснование:** Диагноз выставлен на основании анамнеза (4 года назад перенесла ЧМТ); жалоб, которые можно трактовать как обонятельные галлюцинации («неприятный, неприятный запах», «всегда ощущала неприятный запах»), расстройства схемы тела («становилась легкой», «отрывалась от земли»), деперсонализацию («видит себя, но как бы со стороны»), зрительные галлюцинации («как наяву с мужем и детьми еду в поезде к родителям»); пароксизмального характера приступов («приступы стали повторяться не реже чем раз в месяц, иногда чаще и продолжались несколько секунд»). Также для данного типа припадков характерно наличие воспоминаний о перенесённом приступе и особое состояние сознания («окружающие в этот момент отмечают у нее складную речь, но она сама удивляется, что она и здесь, и еще где-то»).

Симптоматика предположительно соответствует височной локализации очага (крючковидной извилине, где оканчивается большая часть обонятельных волокон).

Для подтверждения диагноза: ЭЭГ и методы нейровизуализации (КТ, МРТ)[1,4].

**Задание № 8.** Прослушайте оперу итальянского композитора Гаэтано Доницетти «Лючия ди Ламмермур» (по роману Вальтера Скотта «Ламмермурская невеста»). Предположите, какое психическое расстройство развилось у главной героини.

Видео здесь:

<http://www.youtube.com/watch?v=P-gz9vWIIVE>

Либретто оперы здесь:

<http://libretto-oper.ru/donizetti/lyuchiya-di-lammermur>

Над заданием старательно поработали почти все участники, прослушав оперу и проведя тщательный анализ психического состояния главной героини. **Самым развёрнутым и интересным ответом был признан ответ Криницкого Д.Ю. (Санкт-Петербург):**

### *Психопатологический анализ*

Часть первая, картина вторая. Лючия ждёт со своей служанкой Алисой своего возлюбленного Эдагара и рассказывает Алисе о своём видении, которое она пережила в прошлом. На краю фонтана появилась женщина: «уста её, казалось, хотели говорить,

и руки простирала она, зовя кого-то...». Потом видение исчезло, но вода окрасилась в кроваво-красный цвет: «но кровью эта чистая покрылась вода». Лючия до сих пор испытывает неприятные эмоциональные переживания, глядя на этот на фонтан: «этот фонтан видеть я не могу без ужаса».

С психопатологической точки зрения данный феномен должен расцениваться как зрительные галлюцинации. Поскольку в итоге Лючия испуганно рассказывает о месте, где она видела «жещнину» и демонстрирует поведение избегания, то данный психопатологический феномен с дифференциально-диагностической точки зрения следует рассматривать как истинные зрительные галлюцинации, а не как псевдогаллюцинации.

Во второй части этой же арии показан момент внезапной смены настроения, когда Лючия рассказывает Алисе о своей любви к Эдгару. При этом смена настроения в обоих фрагментах арии подкрепляются музыкально – как в вокальном, так и в оркестровом сопровождении. Лючия начинает свой рассказ о галлюцинациях со зловеще звучащего «Слушай», после чего следует мрачно звучащее оркестровое вступление к арии. Мрачное настроение изменяется при внезапной смене темы. После короткой реплики Алисы происходит смена настроения и Лючия радостно поёт о своей любви к Эдгару. Эти положительные эмоции с одной стороны музыкально отличаются тем, что полностью написаны в мажорной тональности, с другой стороны композитор иллюстрирует нарастающий восторг Лючии (пение на более высоких тонах со сложной колоратурой). Ария заканчивается (в рамках тона, но в основном) радостно звучащей ми-бемоль второй октавы.

Рассматривать данную смену настроения как психопатологическую было бы излишне спекулятивно (в психиатрической диагностике это называется тенденцией к патологизации). Скорее это явление следовало бы рассматривать, как здоровое.

Во второй части оперы («Брачный договор») показаны очевидные психопатологические феномены. Действие первое, картина первая. Из-за интриг и морального давления семьи Лючия должна выйти замуж за Артура. Действие первое, картина вторая. В середине свадебной церемонии появляется Эдгар. Узнав о произошедшем, он обвиняет Лючию в неверности и проклинает семью. Действие второе, картина вторая – сцена показывает праздную усадьбу, Лючия и Артур удалились, чтобы провести первую брачную ночь. Далее зритель узнаёт от Раймонда, что Лючия убила Артура его собственным мечом. Последующая сцена начинается со слов: «Звук сладкий! Мне слышен голос милого...» (подразумевается голос Эдгара). Данное явление однозначно следует квалифицировать как слуховые галлюцинации. Лючия не в состоянии адекватно отражать реальность. Вокальная тема снова резко обрывается. Лючии кажется, что она находится на свадебной церемонии с Эдгаром (здесь имеет место бредовая дезориентировка) и слышит, как звонят свадебные колокола (данное явление следует расценивать как слуховые галлюцинации). Затем она объясняет, что за ней следили и она была вынуждена бежать («Я убежала от врагов»), что можно квалифицировать как бред преследования. Смена настроения между переживанием угрозы и радости, а также формальные расстройства мышления также иллюстрируются и в вокальной линии. И в итоге происходит настоящий колоратурный фейерверк, когда Лючия входит в односторонний диалог с флейтой, который она начинает путём имитации собственным голосом мелодии этого инструмента, однако в итоге голос солистки и звук флейты сливаются в единую музыкальную тему (<https://www.youtube.com/watch?v=77-T7sNpi-U>).

Данная сцена интересна ещё и потому, что с одной стороны она очаровывает артистизмом сопрано, а с другой – восхищает музыкальной передачей изменения настроения. Сложно эмпатически не включится в переживания страдания главной героини, когда она поёт «Ты мой, а я твоя теперь». Также впечатляет соло флейты, звучащее из оркестровой ямы – создаётся впечатление, что на самом деле только Лючия и зрители, (но не герои, находящиеся в замке), слышат «собеседника» Лючии.

Музыкальные галлюцинации наблюдаются в клинической картине около 10% пациентов с шизофренией, из которых более чем в половине случаев они имеют религиозное содержание [см. Saba P.R., Keshavan M.S.. Musical hallucinations and musical imagery: prevalence and phenomenology in schizophrenic inpatients. Psychopathology 30(4): 185-190, 1997] Этот психопатологический феномен уже давно недооценивается психиатрами. Поразительно, что автор (определённо непреднамеренно и чисто из драматургических причин) предвосхищает научное описание. Ещё психиатр Якоб Вирш в своём большом труде по истории психиатрии отмечал, что зачастую «писатели опережают врачей в описании болезней» [см. с.302 в Wyrsh J. (1982) Zur Geschichte der Psychiatrie. Wege der Psychopathologie und Psychiatrie. In: Balmer H (Herausgeber) Geschichte der Psychologie, Band II. Beltz, Weinheim, S 269–328].

Во второй части описываемой сцены Лючия с ликованием приветствует (!) свою смерть и общее будущее на небе. Здесь слова и музыка конгруэнтны, но содержание несовместимо с настроением, так что с психопатологической точки зрения здесь можно говорить о паратимии.

В конце сцены Лючия падает в последней степени изнеможения и вскоре после этого умирает.

### **Диагностическая квалификация состояния в соответствии с критериями МКБ-10 и DSM-5**

Представленная психопатологическая симптоматика Лючии даёт основания подозревать наличие психотического расстройства. В диагностических решениях я буду исходить из критериев двух наиболее распространённых классификаций психических расстройств – МКБ-10 [источник: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. (ВОЗ, Россия, Санкт-Петербург, АДИС, 1994)] и DSM-5 [источник: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing].

Опираясь на диагностические критерии, выясним какому состоянию соответствует представленная клиническая картина – шизофрении или преходящему психотическому расстройству (острое полиморфное психотическое расстройство по МКБ-10, короткое психотическое расстройство по DSM-5).

#### **Диагностические критерии шизофрении (F20) по МКБ-10**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	Выполняется?
<b>как минимум 1 чёткий симптом или 2 менее отчётливых из нижеперечисленных:</b>	—
<i>Комментарий (Д.К.): имеющийся один симптом нельзя квалифицировать как чёткий</i>	

эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость)	—
бред воздействия, влияния или пассивности, относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие; <i>Комментарий (Д.К.): бредовые идеи Лючии не соответствуют данному критерию</i>	—
галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела; <i>Комментарий (Д.К.): галлюцинаторные голоса Лючии не носят комментирующий характер и не обсуждают её между собой, также нет данных о том, что галлюцинаторные голоса Лючии исходят из какой-либо части тела</i>	—
стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно невозможны по содержанию <i>Комментарий (Д.К.): нет данных насчёт стойкости бредовых идей Лючии</i>	✓ / (?)
<b>либо как минимум два чётких симптома из нижеперечисленных пяти:</b>	—
постоянные галлюцинации любой сферы, сопровождающиеся нестойкими или неполностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев; <i>Комментарий (Д.К.): нет данных о постоянстве галлюцинаций Лючии</i>	✓ / (?)
прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи; или неологизмы;	—
кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор	—
"негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейролептической терапией	—
значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощённостью и социальной аутизацией.	—
<b>временной критерий – 1 месяц</b>	нет достаточных данных

уровень достоверности диагноза: диагноз не достоверен (отрицательный)

### Диагностические критерии шизофрении (295.90) по DSM-5

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	Выполняется?
(A) Как минимум два симптома из ниже перечисленных пяти, при этом	нет

каждый в наличии на протяжении большей части месячного промежутка. Как минимум один признак должен быть (1), (2) или (3)	достаточных данных о временных рамках
(1) бредовые идеи	✓
(2) галлюцинации	✓
(3) дезорганизованная речь	✓
(4) сильно дезорганизованное или кататоническое поведение	✓ / (?)
(5) негативные симптомы (т.е. снижение яркости эмоциональных реакций или аволиция)	—
(В) В течение существенной части времени с начала расстройства, уровень достижений в сфере работы, отношений между людьми или ухода за собой гораздо ниже, чем до заболевания	✓ (?)
(С) Симптомы длятся по крайней мере полгода. Из этого полугодия по крайней мере в течение одного месяца симптомы удовлетворяют критерию (А) (активная фаза), а в остальное время (остаточная и продромальная фаза), есть негативные симптомы или же по крайней мере два из симптомов критерия (А) сохраняются в стёртой, ослабленной форме.	нет достаточных данных о временных рамках
(D) Исключаются шизоаффективное расстройство и депрессивное или биполярное расстройство с психотическими симптомами. Или фазы депрессивных, маниакальных или смешанных эпизодов нет в течение активной, или их продолжительность мала по сравнению с общей продолжительностью активной и остаточной фазы.	✓
(Е) Причина не в приёме наркотиков или лекарств и не в каком-то непсихическом заболевании.	✓
(F) Если пациент страдал аутизмом или другими отклонениями в развитии, для диагностики шизофрении необходимо, чтобы выраженный бред или галлюцинации продолжались по крайней мере месяц (или меньше в случае успешного лечения).	не применимо

уровень достоверности диагноза: сомнительный

**Диагностические критерии  
острого полиморфного психотического расстройства без симптомов шизофрении  
(F23.0) по МКБ-10**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	Выполняется?
острое начало (из непсихотического состояния в четкое психотическое в течение 2-х недель или менее)	✓
несколько типов галлюцинаций или бреда, которые меняются по типу и интенсивности день ото дня или даже в течение дня	✓
нестабильное эмоциональное состояние	✓
несмотря на разнообразие симптомов, ни один из них не должен соответствовать критериям шизофрении (F20.-), или маниакального (F30.-)	✓

<p>) или депрессивного (F32.-) эпизода</p> <p><i>Комментарий (Д.К.): ни один из диагностических критериев шизофрении по МКБ-10 не выполняется в полной мере (см. выше)</i></p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

уровень достоверности диагноза: **высокий**

### Диагностические критерии короткого психотического расстройства (298.8) по DSM-5

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ	Выполняется?
(А) Как минимум один симптом из нижеперечисленных четырёх. Как минимум один признак должен быть (1), (2) или (3)	✓
(1) бредовые идеи	✓
(2) галлюцинации	✓
(3) дезорганизованная речь	✓
(4) сильно дезорганизованное или кататоническое поведение	✓ / (?)
(В) Эпизод этого расстройства длится как минимум один день, но менее, чем один месяц, с возможностью полного восстановления преморбидного уровня функционирования	✓
<i>Комментарий (Д.К.): нет данных насчёт восстановления преморбидного уровня функционирования, поскольку Лючия умирает</i>	
(С) Исключаются большое депрессивное или биполярное расстройство с психотическими симптомами, другие психотические расстройства, такие как шизофрения или кататония. Также состояние не может быть следствием приёма наркотиков или лекарств, а также какого-либо непсихического заболевания	✓

уровень достоверности диагноза: **высокий**

### Заключение

Наиболее точный диагноз в соответствии с критериями МКБ-10 – **«острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении»** (шифр – F23.0). В соответствии с DSM-5 диагноз будет сформулирован как **«короткое психотическое расстройство»** (шифр – 298.8) [хотя для полного выполнения критерия «В» нет данных насчёт восстановления преморбидного уровня функционирования, поскольку Лючия умирает].

Дополнительно достоверность данных диагнозов подтверждает тот факт, что в перекодировочных таблицах, размещенных в издании DSM-5 (с.877-896), где приводится взаимное соответствие диагнозов МКБ-10 и DSM-5, диагноз короткого психотического расстройства (шифр – 298.8) из DSM-5 соответствует группе острых и транзиторных психотических расстройств (шифр – F23) из МКБ-10.

Как уже отмечалось, зачастую писатели опережают врачей в описании болезней. В этом контексте можно предположить, что главная героиня умерла от кардиомиопатии такоцубо, известной также как «синдром разбитого сердца». [см. <http://emedicine.medscape.com/article/1513631-overview#a4>]. Это заболевание было впервые

описано в 1990 году. Таким образом, Гаэтано Доницетти на 100 лет предвосхитил описание ещё и кардиологической патологии.

**Задание № 9. В каких случаях психологу помогают вкусный ужин, темная ночь, теплый ветер и голодный ребёнок?**

Загадка не вызвала затруднений у подавляющего большинства участников Олимпиады. Ответ из работы Роганиной Марии Вячеславовны (Саратов) совершенно верен:

Указанные словосочетания могли бы являться ключевыми словами статьи «Сказка Гензель и Гретель, как форма реверсивной психотерапии», а также триггерами аутогипнотической тренировки.

Однако, для клинических психологов эти известные и стойкие выражения — символы наследия, оставленного Александром Романовичем Лурия, выдающимся отечественным психологом, основателем нейропсихологии. «Вкусный ужин, темная ночь, теплый ветер и голодный ребёнок» — часть стимульного материала широко используемого и применяемого на практике метода «Пиктограмма», направленного на анализ опосредованного запоминания и исследования характера ассоциативных связей. Данный метод применяется как для анализа качественных особенностей, сформированности мышления здоровой личности, так и в клинике психических нарушений — для выявления симптомокомплекса больных с органическим поражением головного мозга, шизофренией, алкоголизмом, депрессией, гипоманией и другими патологическими состояниями.

Г.В. Биренбаум выделяет три основных цели использования метода «Пиктограмма»:

- 1) Выяснение специфического патопсихологического симптома того или иного заболевания
- 2) Изучение психических процессов, личности испытуемого при установленном диагнозе
- 3) Изучение динамики психических процессов во время лечения, с целью оценки её эффективности

**Задание № 10.** Перед Вами восемь анаграмм, в которых зашифрованы названия психических расстройств и психиатрических понятий. Рядом с каждой анаграммой находится цифра. Это номер той буквы, которую Вам необходимо выписать из получившегося слова. Решив все восемь анаграмм, Вы получите восемь букв фамилии известного немецкого психиатра, которому в 2016 году исполнилось бы 160 лет. Какое отношение имеет этот психиатр к зашифрованным в анаграммах терминам?

ООЯНАМИНИ – 2

ФАИИОЯШЗЗ – 2

ИАНРПФЯАРЕ – 7

ГЛНООЕФИРЯИ – 2

МФСИОРОФЯБИОД – 6

ОМИЛКОЛЗГА – 3

ЯИЗИЕНШФРО – 7

ЯМАРПНЕИАЗ – 1

Большинство участников справилось со сложными анаграммами. **Криницкий Дамир Юсуфович (Санкт-Петербург)** вновь восхитил членов жюри своим ответом:

Зашифрованная фамилия: **Крепелин**

**1) Ониомания**

данный термин ввёл Эмиль Крепелин

**2) Шизофазия**

данный термин ввёл Эмиль Крепелин

**3) Парафрения**

данный термин ввёл Эмиль Крепелин

**4) Одигофрения**

данный термин ввёл Эмиль Крепелин

**5) Дисморфофобия**

данный термин ввёл Энрико Морселли, однако Эмиль Крепелин способствовал широкому использованию этого термина психиатрами

**6) Алкоголизм**

Эмиль Крепелин написал 19 научных трудов, посвящённых алкоголизму, исследовал влияние алкоголя на человека (и особенно – на когнитивные функции). Кроме того Крепелин имел активную гражданскую позицию трезвенника.

**7) Шизофрения**

В 1893 году Эмиль Крепелин выделил раннее слабоумие (dementia praecox) в качестве самостоятельного психического расстройства, объединив ряд психических нарушений, рассматривавшихся ранее отдельно. Однако в 1903 году Ойген Блэйлер ввёл термин «шизофрения» (он показал, что расстройство может развиваться и в зрелом возрасте, а главная его особенность – не слабоумие, а «нарушение единства психики», в том числе нарушение ассоциативного мышления). Продолжая работать над изучением данного психического расстройства, Крепелин позднее выделил кататоническую, гебефреническую, простую и параноидную формы шизофрении (последняя выделена позже остальных). Классификация «крепелиновских» форм шизофрении нашла отражение в официальных психиатрических классификаторах (в том числе в МКБ-10).

**8) Парамнезия**

данный термин ввёл Крепелин

### *Комментарий относительно шизофрении*

Ирония истории психиатрии в том, что развитие учения о шизофрении движется по своеобразной спирали. Много десятилетий потребовалось для того, чтобы собрать необходимое количество клинических наблюдений, выделить отдельно существующие психические расстройства (гебефрения Геккера, кататония Кальбаума, раннее слабоумие Бенедикта Мореля), которые Крепелин затем объединил в единое «раннее слабоумие», названное позже Блэйлером «шизофренией». После этого прошло больше века, прежде чем психиатрия отказалась от концепции Крепелина, фактически начав возвращаться на прежнюю, докрепелиновскую позицию.

В принятой в 2013 году в США классификации DSM-5 больше нет традиционных форм шизофрении. Многочисленные исследования продемонстрировали низкую надёжность данных диагнозов, их неустойчивость с течением времени и незначительную прогностическую ценность. Поэтому в DSM-5 осуществлён полный переход с категориальной модели шизофрении на дименсиональную (в каждый конкретный момент оцениваются кластеры симптомов – позитивных, негативных и дезорганизации).

Кататония в DSM-5 (шифр 293.89) выделяется как отдельное психическое расстройство (соответственно обозначается коморбидность, например, «кататония при шизофрении», «кататония при депрессии»). Аналогичная ситуация и в готовящейся к выходу МКБ-11 – дименсиональная модель шизофрении (шифр 7A50) с отсутствием форм и кататония (шифр MB30), как отдельное психическое расстройство.

Однако до сих пор многие психиатры не могут принять переход на дименсиональную модель вследствие «прочных клинических традиций» [см. статью Tandon R., Gaebel W., Barch D.M. et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. Schizophrenia Research Oct;150(1):3-10 2013].

Американский национальный институт психического здоровья определяет сегодня шизофрению, как «гетерогенную группу фенотипически сходных синдромов». На последнем всемирном психиатрическом конгрессе, который проходил в Мадриде, мне довелось услышать мнения и прогнозы международных экспертов относительно того, что в будущем, по мере накопления соответствующего научного материала, шизофрения прекратит своё существование, как самостоятельный диагноз, разделившись на отдельные синдромы.

Порой новое – это хорошо забытое старое. В любом случае, время покажет.

**В заключение хотелось бы поблагодарить всех участников за то, что  
нашли время и выполнили наши задания!**

**До новых встреч! До новых свершений! До новых побед!**

**А теперь подведём итоги Олимпиады и назовём авторов лучших работ.**

**Победителями Третьей Всероссийской с международным участием заочной олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума – 2016» стали**

**Касьянов Евгений Дмитриевич** – студент 6 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово (96 баллов).

**Криницкий Дамир Юсуфович** – врач-интерн ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург (95 баллов).

**Котляревская Мария Александровна** – врач-ординатор ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону (92 балла).

**Поздравляем! Вам будут высланы Дипломы за I место!**

**Второе место разделили между собой**

**Шиланкова Светлана Олеговна** – врач-ординатор ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново (89,7 баллов).

**Ткаченко Владлена Дмитриевна** – студентка 4 курса факультета клинической психологии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург (89,3 баллов).

**Матросова Ольга Станиславовна** – врач-интерн ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Санкт-Петербург (88,9 баллов).

**Маматказина Алина Ибрагимовна** – студентка 5 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов (88,3 баллов).

**Оганян Давид Вячеславович** – студент 6 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский

университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург (88,1 баллов).

**Соколов Николай Викторович** - Студент 6 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск (88,1 баллов).

**Поздравляем! Вам будут высланы Дипломы за II место!**

**Участники, занявшие третье место**

**Кулик Анна Сергеевна**, врач-психиатр ФГБНУ НЦПЗ, Москва (87,6 баллов).

**Асташенко Александр Петрович**, врач-интерн ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов (87,4 баллов).

**Шестакова Раиса Андреевна**, врач-ординатор ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России, Москва (87,1 баллов).

**Роганина Мария Вячеславовна**, студентка 4 курса факультета клинической психологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов (87,1 баллов).

**Орлова Юлия Михайловна**, врач-ординатор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва (86,4 баллов).

**Лагуткина Алина Юрьевна**, студентка 6 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов (86,4 баллов).

**Гизатулина Лилия Владимировна**, врач-ординатор, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово (86,1 баллов).

**Цатурова Карина Николаевна**, студентка 6 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов (86,1 баллов).

**Гребенкина Наталья Вячеславовна**, студентка 5 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара (84,7 баллов).

**Чибикина Евгения Юрьевна**, врач-ординатор ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара (84,3 балла).

**Петров Никита Львович**, студент 5 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург (83,3 балла).

**Складанов Кирилл Игоревич**, врач-интерн ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург (82,3 балла).

**Ялтонская Полина Андреевна**, студентка 5 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва (80,1 баллов).

**Поздравляем! Вам будут высланы Дипломы за III место!**

Участникам, набравшим менее 80 баллов, будут высланы по почте сертификаты участников Олимпиады.

**ПОЗДРАВЛЯЕМ ПОБЕДИТЕЛЕЙ И УЧАСТНИКОВ!  
ВСЕМ БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА ТРУД!**

Уважаемые друзья! Приглашаем Вас принять участие в новых конкурсах нашей Олимпиады в следующем году.

Ещё раз благодарим за выполненную работу! Желаем всего самого доброго!

Спасибо научным руководителям за поддержку творческих порывов участников Олимпиады! До новых встреч!



*С уважением,*

*Оргкомитет III Всероссийской заочной олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума – 2016»*