

Российское общество психиатров

Совет молодых ученых

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского» Минздрава России



**Заочный теоретический тур VIII Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии  
«Игры разума – 2021»**

**ИТОГИ**

Приветствуем всех участников нашей олимпиады, дебютантов и уже опытных олимпийцев!

В заочном теоретическом туре VIII Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума-2021» приняли участие 66 студентов и молодых ученых, которые представили следующие города и организации: Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, г. Москва, Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова" Минздрава России, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург, Республиканская клиническая психиатрическая больница, г. Уфа, Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, г. Москва, Научный центр психического здоровья, г. Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г. Москва, НОЧУ ВО "Московский институт психоанализа", г. Москва, Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Тульский государственный университет, г. Тула, Кубанский государственный медицинский университет, г.

Краснодар, Томская клиническая психиатрическая больница, г. Томск, ФГБОУ ВО Шадринский государственный педагогический университет, г. Шадринск, ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Пермь, ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Самара, ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, ФГБОУ ВО «Владимирский государственный университет имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых», г. Владимир, ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия" МЗ РФ, г. Ижевск, Гродненский государственный медицинский университет.

## **Уважаемые участники!**

### **Поздравляем вас с завершением олимпиады «Игры разума- 2021»!**

Надеемся, что задания олимпиады были интересны, и от работы над ними вы получили удовольствие и положительные эмоции.

### **Предлагаем вашему вниманию правильные и лучшие ответы на задания олимпиады.**

**Задание 1.** Блестяще справился с первым заданием **Ванчугов Е.Ю., г. Чита.** Приводим его правильный ответ:

**1.** Исходя из данного описания можно говорить о таком феномене как «внетелесное переживание» или «внетелесный опыт – это нейропсихологический феномен, в котором человек испытывает иллюзию выхода из собственного физического тела и может видеть аутоскопические галлюцинации при которых происходит видения пациентами самих себя как физических объектов. Феномен может возникнуть в результате нарушения работы некоторых областей мозга, сенсорной депривации, обезвоживания, стресса, шизофрении и других факторов, вызывающих изменённое состояние сознания, также встречается у здоровых людей, в частности, во время засыпания или после пробуждения, многие утверждают, что индуцируют это состояния посредством медитации. В настоящее время существует гипотеза о связи этого феномена с нарушением работы в височно-теменном узле, в котором расположены центры, отвечающие за интеграцию в единый образ тела информации, поступающей от различных органов чувств, нарушения в работе этих центров приводит к рассогласованности этой информации, при этом связь восприятия тела со зрительно-пространственной перспективой нарушается и возникают визуальные и телесные ощущения, характерные для внетелесных переживаний.

Также этот феномен следует дифференцировать с онейроидным синдромом – психопатологический синдром, характеризующийся: помрачением сознания в виде онейроидной дезориентировки с наличием развёрнутых картин фантастических сновидных, псевдогаллюцинаторных переживаний, переплетающихся с реальностью. Это состояние многие больные описывают как путешествие в другую вселенную, другую планету. Развитие онейроидного синдрома возможно при эндогенных (шизофрении) и экзогенно-органических психических расстройствах (инфекционных, интоксикационных и других соматогенных психозах).

**2.** Несомненно, можно сказать о наличии у Алистера Кроули психического заболевания. Из биографических данных можно предположить о психическом расстройстве. у Кроули были бредовые идеи величия (основал религию Телемы, считая себя пророком, которому в начале 20-го века было поручено вести человечество в Эон Гора Алистер Кроули) для него было характерны: сексуальная расторможенность, вспышки гнева, а описываемый им феномен «внетелесного опыта» может быть одним из проявлений шизофрении.

**3.** С данным феноменом можно связать трансовые методы психотерапии такие как: гипноз (суггестию) это специфическое измененное состояние сознания, сопровождающееся особыми физиологическими проявлениями, повышенной, но избирательной восприимчивостью к внешним и внутренним психическим стимулам, изменением функций самоконтроля и самосознания. Гипнотический транс, открывающий доступ к скрытым ресурсам психики, позволяющей работать с неосознанными переживаниями, и сейчас является мощным инструментом психотерапии.

Другим методом является метод кататимного переживания образов (символдрама) Х.Лейнера иначе называемым "методом сновидений наяву" это современное направление психотерапии, в основе которого лежит свободная имажинация (творчество, воображение) на определённую тему.

Задание 2. Приводим правильный ответ из работы **Галимова Г.А., г. Чита**, который успешно справился с заданием, в работе выразил собственную позицию относительно антипсихиатрического движение и психиатрии.

## **Антипсихиатрическое движение**

### **2.1 Церковь сайентологии**

Сайентология – одно из современных религиозных движений, к последователям которой себя причисляют люди из разных стран, чаще всего стран Запада. Среди них встречаются довольно знаменитые личности. Основателем учения является Л. Рон Хаббард. Церковь сайентологии является основным сподвижником антипсихиатрического движения. Что связано как с взглядами основателя на «долгую историю неправильного и жестокого лечения», так и с неоднократными неудачными попытками последователей сайентологии доказать неуместность психиатрии как науки и лечебной дисциплины



Л. Рон Хаббард

**2.2** Именно Джозеф Томпсон по кличке «Змей» выступил в роли искусителя, что дал молодому человеку «яблоко» – знания об психоанализе Зигмунда Фрейда и «насыщал» его этим в течении как минимум 3х месяцев, что в последующем ляжет в основу взглядов будущего основателя сайентологии

*«...В 23-м году Хаббард стал бойскаутом, в этом же году произошло еще одно примечательное событие: на военном корабле, месте службы отца, Рон познакомился с офицером Джозефом Томпсоном по прозвищу «Змей». Томпсон считал себя учеником самого Зигмунда Фрейда, что подтверждал фрагментами переписки, достоверность которой сегодня вызывает сомнения. Томпсон три месяца погружал Хаббарда в глубины психоанализа и представлений о разуме: прокачивал 12-летнего мальчика в области самопознания. ...»*

**2.3 Лично мое мнение** – Хаббард, человек с не стандартным типом мышления харизматичный и с сильным лидерскими качествами. Независимо от своих мотивов – эгоистических, альтруистических или патопсихологических – он смог создать учение и организацию, о которой знает огромное количество людей, и споры о которой не затихают, и по сей день. Учитывая расхождения в описании его биографии, сложно сказать, страдал ли он психическим заболеванием или нет. Но если все-таки допустить вариант, что страдал, то, скорее всего диагноз – шизофрения параноидная, но пока под вопросом, ибо не хватает объективных данных. Все сподвижники Хаббарта характеризуют его только с положительной стороны, а противники с отрицательной. Те же, кто относятся к нему нейтрально – отмечают его харизму и определенное очарование, но так же отмечают некую фанатичность и страсть в эфемерных вещах. Бывшая жена Хаббарта писала, что он страдает от психического заболевания, но в последующем стала категорически отказываться от своих слов. Причина? То ли она сказала правду, но ее «перубедили» его последователи, или наоборот она солгала, а после раскаялась? Неизвестно. Так же нужно учитывать, что изначально сам Хаббард неплохо относился к психиатрии, по некоторым источникам даже проходил лечение, но с определенного времени изменил свое отношение, на противоположное и с возрастом это отношение все ухудшалось и ухудшалось. Было ли этому

объективная причина или это связано с утяжелением психического заболевания? С уверенностью можно утверждать одно, несмотря на критику психиатрии Хаббартом и антипсихиатрические действия его последователей, сама психиатрия продолжает развиваться и совершенствоваться.

**Задание №3.** Точный и грамотный ответ на третье задание дала **Шестакова Р.А., г. Москва.**

Хирургические методы лечения при малокурабельных психических расстройствах актуальны в настоящее время. Успешно проведенная операция, редуцируя основную симптоматику, может существенно улучшить качество жизни пациента и повысить уровень его социальной адаптации, а существующие малоинвазивные высокотехнологичные методы позволяют обеспечить безопасный нейрохирургический доступ практически к любой зоне внутримозгового пространства.

Используемые в настоящее время хирургические вмешательства при психических заболеваниях можно разделить на следующие основные виды:

Вид вмешательства	Пример вмешательства	Показания для использования в психиатрии	Принцип проведения
Инвазивные стереотаксические деструктивные методики на глубинных структурах головного мозга (локальное разрушение незначительного объема мозговой ткани с помощью криодеструкции или диатермокоагуляции) [1]	Передняя цингулотомия	Обсессивно-компульсивное расстройство медикаментозно-резистентные депрессии некурабельные болевые синдромы	Разъединение передней цингулярной, префронтальной коры и лимбической системы путем пересечения поясного пучка, чем достигается прерывание реверберирующей циркуляции импульсом по замкнутым контурам, поддерживающих стойкие очаги возбуждения.
	Билатеральная стереотаксическая субкаудатная трактотомия	Обсессивно-компульсивное расстройство медикаментозно-резистентные депрессии некурабельные опийная и барбитуратовая зависимость	Билатеральная деструкция волокон белого вещества, расположенных в проекции задних отделов прямой извилины, вентрально от головки хвостатого ядра, и соединяющих орбитофронтальную кору с дорсомедиальными ядрами таламуса и базальным ядром Мейнерта, поясную извилину и ортофронтальную кору с гипоталамическими ядрами.
	Лимбическая лейкотомия	Обсессивно-компульсивное расстройство медикаментозно-резистентные депрессии	Сочетанное пересечение связей лимбической системы одновременно в двух зонах (в области поясничного пучка и в субкаудальной области).
Неинвазивные (дистантные) деструктивные методики на глубинных структурах головного мозга [2]	Разрушение целевых точек при помощи сфокусированного ультразвука	лекарственно-устойчивый тремор болезнь Паркинсона	Фокусированный ультразвук – это современная малоинвазивная медицинская технология, используемая для ультразвуковой термодеструкции вещества головного мозга без разреза мягких тканей и костей черепа. Более 1000 ультразвуковых лучей фокусируются в конкретно заданной точке в веществе головного мозга, например, в базальных ганглиях, и создают в ней тепловую деструкцию. На протяжении всей процедуры пациент находится в сознании, а на магнитно-

			резонансном томографе производится запись МР-термографии. Это позволяет непрерывно поддерживать нейровизуализационную и клиническую обратную связь с пациентом.
Стереотаксическая хроническая высокочастотная стимуляция (глубинная стимуляция мозга)-подкожная имплантация электрического генератора импульсов без дополнительного разрушения ткани мозга	DBS	болезнь Паркинсона хроническая боль аффективные расстройства	Система глубокой стимуляции мозга включает в себя имплантированный ритмический генератор электрической активности, подводящий сигнал к соответствующему ядру мозга и соединению. Сигнал к мозгу подается металлической проволокой, покрытой изолирующей полиуретановой оболочкой, оканчивающейся четырьмя небольшими платино-иридиевыми электродами, которые размещены в выбранном месте мозга. Она связана с генератором изолированным проводом, проходящим через череп снаружи головы и идущим дальше за ухом к шее, а затем к подключичному дну, где нейрохирург чаще всего размещает генератор [3, 4].
Стимуляционное хроническое воздействие на периферическую нервную систему	Стимуляция левого блуждающего нерва [5]	фармакорезистентная эпилепсия депрессивное расстройство биполярное расстройство	Имплантация в тело пациента подкожного стимулятора импульсов, электроды которого окутывают блуждающий нерв, проходящий в составе сосудисто-нервного пучка на шее.

Список использованной литературы:

1. Ю.А.Александровский, Н.Г.Незнанов. Психиатрия: национальное руководство, 2018.
2. А.И.Холявин, А.Д.Аничков, В.К.Шамрей. Функциональная нейрохирургия в лечении нервных и психических заболеваний, 2018
3. Volkmann J., Herzog J., Kopper F., Deuschl G. Introduction to the programming of deep brain stimulators. J.Movement Disorders, 2002: 17 (3); 181—187
4. Gildenberg P.L. Evolution of neuromodulation. Stereotactic and Functional Neurosurgery, 2005: 83, (2); 71—79
5. Суфианов, А.А., Орлов, А.С., Матвеев, Е.И., Лебедева, Д.И. Опыт применения хронической нейростимуляции блуждающего нерва в лечении фармакорезистентной эпилепсии, 2012 г.

**Задание №4.** В этом задании нужно было пройти квест и разгадать зашифрованный препарат. С этим сложным заданием блестяще справилась **Пермякова М.В., г. Чита.**

Находим по почтовому индексу 353371 номер сельского отделения почтовой связи: Варениковская, 1: +7 (861-31) 7-12-16. Далее – отбрасываем код региона и оставляем номер телефона: 7-12-16.

Используя подсказку – фотографию великого русского ученого (перед нами Дмитрий Иванович Менделеев 08.02.1834 г.р.), мы обращаемся к Периодической таблице Менделеева. Предположим, что каждая цифра номера – это порядковый номер химического элемента. Находим следующие химические элементы: N – азот, Mg – магний, S - сера. Из данных химических элементов невозможно получить химическую формулу. Попробуем взять за основу округленную атомную массу химических элементов. Под цифрой 7 – атомная масса химического элемента Лития (Li, атомная масса которого равна 6,939), под цифрой 12 – скрывается атомная масса химического элемента Углерода (C, атомная масса равна 12,01115), и ,наконец, под цифрой 16 – химический элемент Кислород (O, атомная масса равна 15, 9994).

Таким образом, нам открывается формула Карбоната Лития (Li<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>).

Препараты Лития широко используются в психиатрии. Они относятся к группе нормотимиков (препараты, которые способны стабилизировать настроение у психически больных, прежде всего у больных аффективными расстройствами (биполярным аффективным расстройством, рекуррентной большой депрессией, циклотимией, дистимией, шизоаффективным расстройством), профилактировать или смягчать и укорачивать рецидивы аффективных расстройств, тормозить прогрессирование болезни и развитие «быстрого цикла» смены фаз. Это исторически первые препараты данной группы, открытые в 1949 году.

72 года назад австралийский психиатр Джон Кейд открыл препарат для лечения биполярного расстройства, который помог многим пациентам быстро стабилизировать состояние. В настоящее время литий является стандартом терапии при БАР и одним из наиболее эффективных препаратов в психиатрии в целом.

**Задание №5.** Все участники олимпиады справились с этим заданием и разгадали кроссворд. Приводим ответ **Шестаковой Р.А., г. Москва.**

- 1) Больница в Париже. Основана в 1656 году. Во второй половине XIX века здесь работал Жан-Мартен Шарко. В 1885-1886 годах в Сальпетриер работал Зигмунд Фрейд и считается, что именно под руководством Шарко, Фрейд из невролога стал психопатологом.
- 2) Официальное название больницы Госпиталь святой Марии Вифлеемской, Бетлемская королевская больница. «Бедлам» стало словом для обозначения крайней неразберихи, в виду беспорядка, творившегося в больнице в XVI веке.
- 3) М.А.Врубель неоднократно проходил лечение у Ф.А.Усольцева в его клинике в Петровском парке.
- 4) Харли Квин была специалистом в области психологии и отправилась в лечебницу Аркхем работать. Там одним из пациентов клиники оказался Джокер. Харли проводила с ним терапевтические беседы, а в последующем помогла покинуть Аркхем.
- 5) Название «Канатчикова дача» дано по местности, в котором расположена больница, т.к. в XIX веке здесь располагались владения купца Канатчикова. С 1922 года называлась больницей им. П.П.Кащенко. В 1994 году больнице было возвращено прежнее название – им.Н.А.Алексеева.
- 6) Учреждение было открыто в 1965 году как терапевтическая община Р.Лэйнгом. В Кингсли – Холл врачи и пациенты были в равном положении, для пациентов не существовала запретов и медицинских процедур.
- 7) Маркиз де Сад находился в лечебнице с 4 июля 1989 года по 2 апреля 1790 года, куда был переведен из Бастилии.

**Задание №6.** Исчерпывающий ответ на это задание, окутанное духом мистики, дала **Кузьмина Д.В., г. Чита.** Предлагаем ознакомиться с лучшим ответом.

*Культуральный синдром* (культурно-определяемый синдром) – это психопатологический синдром, который характерен только для определенной культуры, широко в ней распространён, но при этом не встречается в других культурах.

В этом задании представлен один из таких синдромов – психоз Вендиго (англ. Wendigopsychosis), встречающийся у алгонкинов – коренных жителей Северной Америки. В индейской мифологии Вендиго – это дух-людоед. Он являлся символом неутолимого голода и голодной зимы, а также служил предостережением против неумеренного поведения человека. В мифах он описывался как высокое существо очень худого телосложения с безгубым ртом и острыми зубами. Тело у него полупрозрачное, состоящее из льда и лысое, либо покрытое свалывшейся белой шерстью, от тела исходит неприятный запах, напоминающий запах трупа в поздних стадиях разложения. Вендиго имеет тонкий слух и ночное зрение. Своих жертв он заманивает свистом, похожим на шелест ветра, или голосом близкого человека, затем атакует жертву и съедает её. При этом Вендиго никогда не может утолить свой голод. Существует несколько версий возникновения Вендиго. Согласно первой, если племени грозит опасность, шаман жертвует собой – превращается в монстра, после чего не может обратиться обратно в человека – уходит в лес и становится Вендиго. По другим версиям, человек может стать Вендиго,



если будет голодать несколько недель (по собственной воле, либо вынужденно), а потом употребит в пищу человеческое мясо, а также, если он будет укушен Вендиго.

Психоз Вендиго возникает в следствии длительного голодания и истощения организма. У человека возникают уверенность в том, что в него вселился дух Вендиго (бред одержимости),



страх, мысли об убийстве и импульсивное желание съесть человеческое мясо, человек становится возбужденным, нападает на своих близких.

У данного пациента *отсутствует критика* к своему состоянию, сохраняются *бредовые идеи одержимости* – «высказывает опасения об изменении своей внутренней природы, считает, что «ледяной дух» мог завладеть им». Кроме этого, мы видим выраженную *депрессивную и тревожную симптоматику* – «лицо гипомимичное, отмечается повышенный уровень тревоги, настроение резко снижено, постоянно плачет, раскаивается в содеянном».

Согласно МКБ-10 для кодификации культуральных синдромов рекомендуется использовать код F68.8 – «Другие специфические расстройства зрелой личности и поведения у взрослых».

Я думаю, что также можно классифицировать данное расстройство как: ***Острое преходящее психотическое расстройство с симптомами шизофрении, ассоциированное со стрессом F23.11***

Для лечения данного пациента необходимо использовать антипсихотики (например, кветиапин в дозировке 600-800 мг/сут, луразидон в дозировке 80-120 мг/сут– воздействие на продуктивную и депрессивную симптоматику) в сочетании с нормотимиками (вальпроевая кислота 900 мг/сут, ламотриджин 200-400 мг/сут) или антидепрессантами (группы СИОЗС – эсциталопрам, сертралин, флуоксетин), бензодиазепиновые транквилизаторы на короткое время – для снятия тревоги, улучшения сна

Так как пациент совершил убийство, ему будет назначена судебно-психиатрическая экспертиза, по результатам которой он будет признан невменяемым, т.к. на момент совершения преступления находился в психотическом состоянии – не осознавал фактический характер и общественную опасность своих действий и не способен был руководить ими.

P.S. Дальний родственник Джек, который упоминается пациентом, скорее всего Джек Фиддлер – вождь и шаман племени индейцев из Северо-восточной Америки. В своем племени он



считался профессиональным охотником на вендиго. По его утверждению, за всю свою жизнь он убил около четырнадцати вендиго. В 1906 году он был обвинен в убийстве и арестован, но покончил с собой, не дождавшись решения суда.

Задание №7. Лучшими ответами на задание по мнению конкурсного жюри являются работы **Валеевой Т.С., г. Уфа** и **Черепановой Ю.А., г. Чита**. Приводим интересный и оригинальный ответ **Черепановой Ю.А., г. Чита** на это задание.

Мне бы хотелось ответить на это задание историей болезни доктора Эмерсона, к которому попал главный герой в конце рассказа.

Сохранившиеся записи доктора Эмерсона больницы города «N» 1920 года о таинственном пациенте, обнаруженном 23 августа 1920 года в состоянии психомоторного возбуждения около дороги, ведущей ...

### **I. Паспортные данные:**

Ф.И.О: Эбенезер Сидней

Возраст: 47 лет

Национальность: испанец

Семейное положение: не известно

Место жительства: Аламбо

Профессия: писатель

Дата госпитализации: 23 августа 1920 года

Кем направлен: доктор Эмерсон Диагноз при поступлении: Шизофрения с галлюциногенно-паранойным синдромом.

**II. Жалобы:** Больной не предъявляет жалоб, но его близкие утверждают, что у больного часто возникают навязчивые мысли о сером автомобиле, зрительные галлюцинации (серый автомобиль), а также бред преследования (больной утверждает, что серый автомобиль движется за ним). Помимо, больной склонен к бродяжничеству, агрессивен.

### **III. Анамнез жизни:**

1. Наследственность: нет сведений

2. Развитие: без особенностей (со слов пациента)

3. Половое развитие: соответствует возрасту.

4. Условия труда и быта: удовлетворительные

5. Семейный анамнез: не известен

6. Соматическое здоровье: травмы черепа – обстоятельства: выстрел из револьвера, 47 лет (начало августа 1920г), потери сознания не последовало. Предположительно способствовало развитию острого психоза.

7. Аллергологический анамнез: пациент отрицает какие – либо аллергические реакции на продукты и лекарственные препараты.

8. Вредные привычки: алкоголь.

9. Особенности личности: умственное развитие высокое, темперамент холеричный, характер возбужденный, поведенческие особенности - свойственна амбивалентность.

### **IV. Анамнез заболевания:**

**1. Первые эпизоды заболевания по словам близких людей стали наблюдаться месяц назад -**

Далее беседа с Корридой Эль-Бассо:

«В тот день ,16 июля, Эбенезер Сидней вёл себя странно, был рассеян, был даже загадочен. Я пыталась поддержать разговор, начав рассказывать об автомобилях, но он грубо прервал меня, больше разговор не начинали и разошлись. Кажется, после он был в кинематографе)

Далее со слов пациента о случае в кинематографе:

«Я обратил большую часть внимания на появляющийся в картине время от времени большой серый автомобиль – ландо. Я всматривался каждый раз, как он появлялся, стараясь припомнить – видел я его где-либо ранее. Это был металлический урод обычного типа, с выползающей шестигранной мордой, напоминающий поставленную на катушки калошу, носок которой обращен вперед. С.С.77–7 Память сохранила не самый номер, но слабое ощущение его минувшей значительности.»

Образ серого автомобиля начал преследовать пациента, появилась навязчивая мысль.

Течение заболевания ухудшалось, так как пациент подвергал себя алкоголизации и никогда не принимал лекарственные препараты.

## **2. После данного эпизода очевидцы описывали случай в казино:**

«Сидней был безразличен к реальности, он будто пребывал в своём мире, был жесток и азартен.»

### Из слов пациента:

«По пути в казино я вновь видел автомобили, и да, – все мои чувства испытывали насилие; не говоря о внешности этих, словно приснившихся машин, я должен был резко останавливать свою тайную, внутреннюю жизнь каждый раз, как иступленный, нечеловеческий окрик или визг автомобиля хлестал по моим нервам; я должен был отскакивать, осматриваться или поспешно ютиться, когда, грубо рассекая уличное движение, он угрожал мне быть искалеченным или смертью. А после снова был этот автомобиль...С.С.77-7, который мулат хотел прислать мне в качестве выплаты долга...Эта записка была для меня важнее и значительнее в тот момент, даже после известия о смерти мулата»

Старший кузен Сиднея, Кишлей, и младший, Томас утверждали, что после казино Сидней посетил их дом. По их словам, он выглядел сильно возбужденным, много говорил, размышлял о существовании души в машинах, утверждал, что у каждой машины есть голос, свой характер, что у них есть дом. Он был полностью погружён в мысль о машинах.

## **3. Следующее событие описывает Коррида Эль-Бассо.**

Далее – рассказ Корриды Эль-Бассо: «После событий в казино Сидней позвонил мне и договорился о встрече. Мы увиделись, он много говорил о том, что жизнь имеет ценность, если проживать её медленно, не ускоряя темп. Так мы шли и быстро приближались к ущелью Калло... В тот момент он был абсолютно безумен, у меня не было выбора и я стала защищаться...»

Возле ущелья Кало пациент хотел совершить самоубийство и подвигнуть на это девушку, она стала защищаться, выстрелив в него из револьвера.

### Со слов Сиднея о Корриде Эль-Бассо:

«Коррида – восковая кукла. Я видел её в магазине, я хотел спасти её, дать ей возможность родиться, но она не услышала меня, она продолжала бежать...»

Пациента обнаружили, идущего вдоль шоссе, 23 августа 1920 года и направили в больницу города «N»

## **V. Больной в ситуации болезни:**

Утверждает, что не болен. Ощущает себя здоровым и полным сил. Говорит, что скоро опробует своё изобретение, и тогда он «немедленно воскреснет». Описывал заговор окружности против центра, из-за которого он не смог обрести бессмертия. Пытается отправить рукопись начальнику Центавров с целью немедленно поймать серый автомобиль, а также сбежавшую из паноптикума восковую фигуру, именующую себя Корридой Эль-Бассо.

## **VI. Психический статус:**

1. Манера держаться независимая, поза активная, мимика бедная, взгляд оживленный, беспокойный, выражение лица застывшее (маскообразное). Внешний вид пациента неопрятен. В беседе заинтересован. Во время беседы использует жестикуляцию. Манера произношения фраз толчкообразная (скандированная). Словарный запас богатый. Склонен к резонерству. Содержание вопросов и беседы понимает полностью.

2. Сознание снижено (обнубиляция). Затруднено ориентирование во времени, месте. В собственной личности ориентируется.

3. Расстройства восприятия:

А) Зрительные сложные галлюцинации. Со слов пациента: «Меж тем, одна греза не дает мне покоя. Я вижу людей неторопливых, как точки, ближайšie к центру, с мудрым и гармоническим ритмом, во всей полноте жизненных сил, владеющих собой, с улыбкой даже в страдании. Они неторопливы, потому что цель ближе от них. Они спокойны, потому что цель удовлетворяет их. И они красивы, так как знают, чего хотят. Пять сестер манят их, стоя в центре великого круга, – неподвижные, ибо они есть цель, – и равные всему движению круга, ибо есть источник движения. Их имена: Любовь, Свобода, Природа, Правда и Красота.» «Еще не успело исчезнуть зрительное ощущение страшной близости, как, с пронзительным, взвизгивающим лаем, огромный серый автомобиль мелькнул в свете угла и скрылся в замирающем шипении шин. Его фонари были потушены, он был пуст Шофера я не успел рассмотреть. Я не успел также заметить его номер»).

Б) Иллюзии: («Ямы и корни так тесно сплелись между собой, что я шел, все время словно проваливаясь среди груд хвороста; сухой терн цапал за платье».)

4. Психосенсорные расстройства – дереализация («Будучи невдалеке, она приближалась так медленно, как если бы обладала способностью произвольно увеличивать расстояние. И тогда, с тоской оглянувшись, я понял, что не бегу, а иду, еле волоча ноги;»)

5. Расстройства ощущений («Но я никак не мог бы выразить, даже на всех языках мира, – что такое это одно, грызущее и уничтожающее меня. Я вдумывался и понимал его, лишь как мучительное препятствие сознанию самого себя. Но определить его я не мог», «В тот день я проснулся с ощущением тумана, – день был торжествующе ярок, но, казалось, невидимый, спокойный туман давит на мозг. Теперь это своеобразное ощущение усилилось». «Моя голова не кружилась, но было такое ощущение, что она недостаточно поднята, – что она может упасть»).

6. На расстройства памяти пациент не жалуется, его близкие так же не отмечали потери сознания (либо её расстройств).

7. Внимание пациента активное, объём внимания - широкий.

8. Уровень интеллекта высокий, запас сведений объемный, пациента характеризует глубина и ясность суждений.

9. Речь пациента не нарушена. Мышление нарушено. Во время беседы часто соскальзывает с одной темы на другую («Быстрота агента компании, совершающей торговые обороты, увеличивает количество, но не качество достигаемого, например, по сбыту и выделке коленкора, но пусть он попробует с его автомобильной быстротой расположить и распространить дуб, простой дуб. Деревцо это растет столетиями. Корова вырастает в два года. Настоящий, вполне сложившийся человек проделывает этот путь лет в тридцать. Алмаз и золото не имеют возраста. Персидские ковры создаются годами. Еще медленнее проходит человек дорогой науки. А искусство? Едва ли надо говорить, что его лучшие произведения видят, иногда, начало роста бороды мастера, в конце же осуществления своего подмечают и седину»). Наблюдаются нарушения мышления в виде разорванности («Единственно, что неточным объяснением замысла, еще во многих частях представляющего сплошной туман, могу повредить сам себе»), параалогического мышления («Животные должны иметь иные и, может быть, совершенно отличные, чем у нас, ощущения физические. Например, – стрекоза с ее десятками тысяч глаз. Согласитесь, что ощущения света при таком устройстве органа должны быть иными, чем наши», «Взаимоотношения вещей, если они для меня безразличны, могут происходить так, как вытекает из их природы, как – мы этого не знаем. Но когда эти взаимоотношения наносят определенный рисунок на рисунок моей жизни, кладут нужные или вредные черты.» «У вещей есть инстинкт, отлично помогающий им падать, например, так, что поднять их страшно мешает какой-нибудь посторонний предмет». «Карты открыты, и я хорошо вижу ваши. Они закапаны воском. Да, воск капает с прекрасного лица вашего. Оно растопилось. Стоило гневу и страху отразиться в нем, как воск вспомнил прежнюю свою жизнь в цветах. Но истинная, истинная жизнь воспламенит вас только после уничтожения, после смерти, после отказа! Знайте, что я хотел тоже ринуться вниз. Это не страшно! Нам следовало умереть и родиться!»)

Продуктивные расстройства мышления – навязчивые идеи (Поспешно я отошел, стараясь быстрой ходьбой и мелкими уличными наблюдениями разогнать скверное настроение, но оно медленно уступало моим усилиям, ловя каждую паузу размышлений, чтобы опять поставить, на некотором расстоянии впереди меня, слова «серый автомобиль», «футуризм следует рассматривать только в связи с чем-то. Я предлагаю рассмотреть его в связи с автомобилем»), бред преследования. («Меж тем вернулся крупье, и я прочитал залитую вином записку Гриньо: «Немного денег я пришлю завтра, – писал он, – но полностью у меня не хватит. Но я пришлю, в расчет ваш, новую машину, С.С.77-7, я недавно купил ее. Если хотите. В противном случае вам придется ждать, пока дьявол придет ко мне». – «Как вы думаете, почему он написал номер?»; «все мои чувства испытывали насилие; не говоря о внешности этих, словно приснившихся машин, я должен был резко останавливать свою тайную, внутреннюю жизнь каждый раз, как исступленный, нечеловеческий окрик или визг автомобиля хлестал по моим нервам; я должен был отскакивать, осматриваться или поспешно ютиться, когда, грубо рассекая уличное движение, он угрожал мне быть искалеченным или смертью. При всем том он имел до странности живой вид, даже когда стоял молча, подстерегая. С некоторого времени я начал подозревать, что его существование не так уж невинно, как полагают благодушные простаки, воспевающие культуру или, вернее, вырождение культуры, ее ужасный гротеск...») «Там возникла и стала расти точка; она увеличивалась, как расплывающееся по бумаге чернильное пятно; пятно сползло к центру вогнутости с волнующей меня быстротой. Некоторое время я шел навстречу явлению, однако оно быстро остановило меня. Я не ошибся – серый автомобиль уже поднимался навстречу мне с той неприятной легкостью

автомата, которая уничтожает обычное представление об усилении». «Это началась охота, месть может быть, низменная и ужасная»)

10. Эмоции – гипомимичное лицо; говорит с возбуждением, амбивалентность чувств («я любил эту женщину, тем не менее, когда я думал о ней, мне легче всего было представить ее манекеном, со спокойной улыбкой блистающим под стеклом. Я поставлю ее лицом к лицу с Живой Смертью, ее, – Мертвую Жизнь»).

Я всегда думал об этой женщине с теплым чувством, а я знаю, что есть любовь, готовая даже на смерть, но полная безысходной тоскливой злобы»), дисфория («Подите прочь! – загремел я, – идите, я вам говорю, к черту! Мне не нужен автомобиль! Гриньо мне ничего не должен! Возьмите автомобиль себе и разбейте на нем лоб! Мерзкий негодяй, я вижу насквозь ваши намерения!»)

11. Двигательно-волевая функциональная система: онейроидное возбуждение

12. Расстройства влечения: суицидальные тенденции (попытки самоубийства в ущелье Кало, со слов пациента так он пытается воскреснуть)

13. Внутренняя картина болезни: считает себя здоровым, отношение и реагирование не критическое.

**Дополнительные исследования:** найдены следы алкоголя в крови.

**Клиническая оценка:** развитие заболевания последовательно

У личности развитие и наследственность не известны, в преморбиде, возможно, расстройство личности (установить затруднительно). Психическое расстройство развивалось в течение месяца. Первые признаки заболевания возникли в возрасте 47 лет 16 июля 1920 года в виде негрубой неврозоподобной симптоматики (рассеянность, навязчивые мысли, критичность)

Образ серого автомобиля начал преследовать пациента, появилась сверхценная мысль.

Течение заболевания ухудшалось, так как пациент подвергал себя алкоголизации и никогда не принимал лекарственные препараты.

Отчетливые проявления в виде бредовых идей преследования появились после случая в казино (пациент должен был получить автомобиль в качестве выигрыша, но грубо отказался), появлялись сложные зрительные галлюцинации в виде движущихся машин, сидящих в них шоферов.

В дальнейшем описывается эпизод грубого нарушения мышления, когда пациент говорил о том, что машина имеет душу, рассуждал о том, как она видит мир, какая у неё реальность.

В дальнейшем была попытка самоубийства и убийства девушки с целью (со слов пациента) «воскрешения». В этом эпизоде состояние пациента усугубляется вследствие получения травмы головы (выстрел из револьвера). В последующем онейроидное помрачение сознания.

**Диагноз:** Шизофрения с галлюциногенно-бредовым синдромом. Тип течения устанавливается спустя год наблюдения.

**Дифференциальная диагностика:**

Маниакально-депрессивный психоз монополярное течение

Критерии «за»

-состояние возбуждения

-активность

-сверхценные и бредовые идеи

Критерии «против»

-чаще проявляется в молодом возрасте

-выявлены расстройства мышления

-расстройства ощущения и восприятия

Эпилепсия

Критерии «за»

-раздражительность, дисфории

-изменение личности

-расстройства восприятия и мышления возможны в рамках пароксизмов

-импульсивные влечения (гемблинг, суицидальное поведение)

-приступы дереализации

Критерии «против»

-чаще проявляет себя в детском и юношеском возрасте

-нет данных о наличии припадков

-не характерно изменение восприятия (не пароксизмы), нарушение мышления

-характеризуется период припадка амнезией (полной или частичной)

#### Органическое поражение вследствие внутричерепных опухолей

Критерии «за»

-продуктивная симптоматика (галлюцинации, бред)

Критерии «против»

-чаще простые локальные продуктивные процессы (что говорит о локализации опухоли)

-нет общемозговых проявлений (признаки повышения внутричерепного давления)

#### Органические поражения вследствие травмы

Критерии «за»

-наличие травмы (выстрел из револьвера)

-ухудшение симптоматики после травмы

Критерии «против»

-наличие симптомов до травмы

#### Алкогольный параноид

Критерии «за»

-бред преследования

-факты употребления алкоголя

Критерии «против»

-алкогольный параноид чаще возникает при похмелье (факта похмелья нет)

-употребление алкоголя описано в малых дозах несколько раз за месяц без продолжительного употребления.

-нет клиники алкогольной зависимости, ААС

Задание №8. Для ответа на эти вопросы понадобились знания по клинической психологии. Лучшей признана работа **Печенкиной А.А., г. Москва.**

**Перед вами цитаты из протокола патопсихологического эксперимента. Определите какая методика использовалась, какой вывод о состоянии испытуемого можно сделать?**

**1. После нескольких попыток найти фигурки одного сорта, среди беспорядочно разложенных фигурок надписями книзу, пациент выкладывает все треугольные призмы объясняя, что это фигуры одного сорта, так как "Эти фигурки относятся к одному сорту, потому что при падении издают одинаковый звук, значит они одинаковые, другие звучат совсем не так".**

**Решение:**

**Методика:** методика Выготского-Сахарова. Применяется для исследования мышления, способности самостоятельно формировать понятия. В процессе исследования также оцениваются эмоциональные реакции испытуемого, влияние аффекта на когнитивные процессы.

**Выявлено:** испытуемый взял для классификации так называемый слабый признак (редко встречающийся, необычный) – звук падения. Это свидетельствует о причудливости, паралогичности мышления, свойственной пациентам с шизофренией. По мнению Выготского, больные шизофренией устанавливают комплексные ситуационные связи, однако не всеми специалистами это мнение поддерживается.

**2. Некоторое время рассматривает карточки, а затем объединяет штангенциркуль, весы, часы и сантиметр, объясняя, что этими предметами можно измерять, поэтому они подходят для объединения в группу.**

**Решение:**

**Методика:** метод предметной классификации (методика «Классификация») – метод исследования процессов обобщения и абстрагирования, умения выделять существенные признаки; дает возможность оценить последовательность умозаключений, критичность и обдуманность действий, особенности памяти, объем и устойчивость внимания, личностные реакции больного на свои достижения и неудачи.

**Выявлено:** испытуемый правильно обобщил предметы в группу «Измерительные приборы», что соответствует успешно пройденному II этапу данного исследования – значит, испытуемому доступны сложные обобщения, это позволяет исключить олигофрению. В задании отсутствуют сведения о непоследовательности, паралогичности, чрезмерной детализированности, которая

встречается при шизофрении. На данном этапе можно сделать вывод об отсутствии нарушения процессов обобщения и абстрагирования, сохранности когнитивных функций.

**3. При предъявлении слова «Ночь» долго не мог подобрать карточку с изображением для запоминания, после долго колебания выбрал карточку, однако при предъявлении этой карточки в конце исследования вместо необходимого слова описал изображение на карточке. По результатам методики «Заучивание 10 слов» механическая память незначительно снижена.**

**Решение:**

**Методика:** методика опосредованного запоминания А. Н. Леонтьева. Направлена на исследование способности пользования вспомогательными средствами (напр., предметными картинками) для запоминания и припоминания, способности построения логических связей.

**Выявлено:** снижение способности к опосредованному запоминанию, к построению логических связей, а также сниженные мнестические способности в целом (о чем говорят результаты исследования по методике «Заучивание 10 слов»). Такие нарушения выявляются при слабоумии (врожденном и приобретенном), задержке развития (олигофрения), органическом поражении мозга. При Корсаковском синдроме ассоциации устанавливаются адекватно, однако к моменту припоминания полностью забываются.

Задание №9. Наиболее развернутый и исчерпывающий ответ на это задание дала **Мазанович Е.А., г. Новороссийск.**

**Синдром Адели Гюго или синдром любовного помешательства.**

Синдром Адели – навязчивая мучительная душевная болезнь, представляющая собой всегда безответную любовную зависимость, похожую на наркотическую, к представителю противоположного пола, когда теплые чувства (чаще всего платонические) и внимание проявляются к тому человеку, который совершенно не заинтересован в создании отношений. В результате всепоглощающей и длительной любовной одержимости (фанатичной привязанности) влюбленный человек может начать преследовать объект своей симпатии, делая попытки ограничения его свободы. Больные отказываются от еды и привычного образа жизни, пишут письма о любви и преследует своего избранника. Любовная одержимость постепенно перерастает в помешательство, а возлюбленный становится идолом для поклонения.

Современные врачи-психиатры относят этот синдром (*любовный недуг*) именно к психической патологии, угрожающей здоровью больных и нуждающейся в проведении адекватного и своевременного лечения. Несколько лет назад синдром официально был выделен в отдельную нозологию, которая представляет собой такую же зависимость, как и *игромания, алкоголизм, никотиномания*. В международной классификации МКБ ему присвоен код F63.9 (Расстройство привычек и влечений неуточненное).

Своим названием **синдром Адели** обязан дочери знаменитого французского писателя **Виктора Гюго**, всю свою жизнь страдавшей от неразделенного чувства любви к английскому офицеру Альберту Пинсону.

**Синдром любовной одержимости справедливо носит женское имя**, ведь развивается он чаще у представительниц прекрасной половины человечества, что связано с их особой впечатлительностью и более тонкой чувствительностью. Данным синдромом в основном страдают женщины 25-45 лет. Их возрастные, социальные и внешние данные не имеют никакого значения.

Синдром Адели может возникнуть и у мужчин, которые в детстве испытывали нехватку материнской любви. В зрелом возрасте они пытаются завоевать ту женщину, которая не отвечает взаимностью. Причем такие мужчины выбирают зачастую абсолютно недостижимую для них женщину.

**Симптоматика**

**Синдром Адели** характеризуется навязчивым психическим состоянием, при котором человек испытывает нездоровую любовную привязанность к кому-либо. Синдром опасен тем, что кроме тяжелого психологического состояния, возникают проблемы с физическим здоровьем, потому что влюбленный отказывается от приема пищи. Человек полностью отделяется от семьи, постоянно думает о своем партнере.

Современные специалисты выделили несколько основных симптомов данного психического расстройства. **Клинические признаки синдрома Адели:**



1. **Навязчивое преследование возлюбленного** без его желания. Чрезмерная навязчивость к «объекту» любви в общении, письме, сообщениях.
2. **Стремление к контролю возлюбленного.** Пациент всячески ограничивает своего партнера, пытается охватить все сферы его деятельности, начиная жить его интересами.
3. **Утрата контроля над собой.** Не способность остановиться в преследовании объекта влюбленности даже при возникновении соответствующего желания.
4. **Превышение уровня заботы.** Стремление заботиться о своем партнере всегда проявляется чрезмерно, в результате чего возникает отторжение.
5. **Отсутствие внимания к собственной жизни.** Полное увлечение партнером, из-за чего возникают проблемы в учебе, работе, семье:
  - Плохое выполнение служебных обязанностей.
  - Полное равнодушие ко всему происходящему вокруг, кроме своей любви.
  - Отсутствие интереса к другим лицам. Человек погружается в свой мир.
  - Сведение всех социальных контактов к минимуму.
  - Постоянные мысли и разговоры о любимом человеке.
  - Невозможность сконцентрировать внимание.
  - Отказ от любимого хобби.
  - Неряшливость и неопрятность.
  - Частые одинокие прогулки.
  - Игнорирование рутинных дел.
  - Отказ от сексуальной жизни.
  - Склонность к мученичеству и саморазрушению.
  - Самопожертвование ради своего выдуманного «любимого».
6. **Возникновение синдрома отмены** даже при недолгой разлуке с возлюбленным. Иногда один лишь риск потерять партнера вызывает возникновение:
  - ✓ *тревоги,*
  - ✓ *плаксивости,*
  - ✓ *бессонницы,*
  - ✓ *учащенного сердцебиения и слабости.*
7. **Бессонница.** Если человеку с синдромом Адели все же удалось погрузиться в царство Морфея, то его ночные сновидения будут статичны и однотипны. Исключительно объект обожания станет главным героем сновидений одержимой особы. В итоге он будет при пробуждении чувствовать себя разбитым и разочарованным.
8. **Потеря аппетита или жесткая диета.** Человек с подобной проблемой часто начинает терять вес. Причина этой неприятности заключается в том, что он просто забывает поесть. Мысли о созданном в воображении идеале способны привести женщину к дистрофии, если ее объект обожания любит более стройных дам. Мужчина также во вред своему здоровью может начать самоистязание в спортзале, чтобы угодить той, которая его и знать не хочет.
9. **Депрессия.** Получить отказ от человека, который пришелся тебе по душе, больно даже адекватной личности. При синдроме Адели подобная обида существенная. В итоге жертва собственных иллюзий теряет интерес к жизни, если в ней нет того самого единственного и неповторимого человека. Возможна частая смена настроения от депрессии до эйфории.
10. **Суицидальные мысли и поведение.** Кто-то способен много лет страдать от комплекса Адели, а некоторые люди с неустойчивой психикой не выдерживают подобное испытание временем. При этом ситуация развивается в двух направлениях: шантаж объекта страсти самоубийством («откажешься от меня повешусь, брошусь под поезд» и т.д.) или приведение приговора в исполнение собственными руками.
11. **Нелогичные и безрассудные поступки.**
12. **Вера в иллюзию и самообман,** а не фактам объективной реальности.
13. **Кардинальное изменение уклада жизни.**
14. **Фетишизм.** Больной синдромом начинает коллекционировать предметы, которые связаны с любимым человеком. Эти предметы являются всем, больные готовы отдать все деньги за них.

По мере развития синдрома Адели клинические признаки проявляются все ярче и ярче. **Свою жизнь больные заполняют сильным, но безответным чувством.** Они боготворят объект своей страсти и не хотят понимать, что шансов на взаимность нет. Жертва подобной патологии

откровенно преследует объект обожания и является активным организатором встреч с ним. Любовная назойливость проявляется чрезмерно, в результате чего возникает отторжение. Большинство пациентов не понимают, что они больны и не признают имеющуюся проблему, даже при наличии выраженной симптоматики. Чувства переполняют больных и начинают управлять их жизнью. Если не бить тревогу и не лечиться, выйти из такого состояния самостоятельно станет просто невозможно.

Озвученный спектакль одного актера обычно заканчивается *помещением в психиатрическую клинику*. Демонстративное поведение такого рода часто оборачивается или буйными припадками человека с зависимостью, или обращением за помощью к правоохранительным органам со стороны жертвы преследования.

**Диагностировать синдром Адели очень сложно.** Сделать это быстро и правильно под силу только квалифицированному специалисту в области психиатрии. Сами больные не могут мыслить адекватно и не осознают, что стали жертвой столь печальной любви. Только опытный психотерапевт может определить ту грань, где заканчивается истинная любовь и начинается психическое заболевание. При отсутствии своевременного и адекватного лечения синдром Адели приводит к постепенной *деградации личности*. Пациенты сначала замыкаются в себе, а затем полностью отрешаются от реальности и окружающего мира. Важно не упустить первые признаки патологии.

Задание 10. В этом задании понадобились знания не только психиатрии, но и истории. С заключительным заданием блестяще справилась **Печенкина А.А., г. Москва**. Предлагаем ознакомиться с ее работой.

### **1. Назовите исторических персонажей, выделенных в тексте жирным шрифтом:**

**1.1. Обследуемый N.** – Карл VI Безумный, король Франции (1380-1422). Сначала имел прозвище «Возлюбленный», однако после усиления симптомов болезни стал называться «Безумным». Демонстрировал припадки ярости, во время которых рубил мебель, убил нескольких слуг; между припадками адекватно оценивал ситуацию, просил отнять у него кинжалы; умер 21 октября 1422 года от приступа малярии, болезнь продолжалась около 5 недель. Во время смерти с королем была его фаворитка Одетта де Шамдивер.

**1.2. Его отец** – Карл V Мудрый, король Франции (1364-1380). Кристина Пизанская (французская средневековая писательница итальянского происхождения) характеризовала его как «мудрого и хитрого», «интеллектуала». До коронавания открыто сожительствовал с любовницей, однако затем сблизился с женой и тяжело переживал ее смерть.

**1.3. Его мать** – Жанна де Бурбон, королева Франции 1364-1378. Приходилась Карлу V кузиной (близкородственный брак). По словам современников, «потеряла память и разум» во время родов седьмого ребенка, затем восстановилась, но через несколько лет умерла от послеродовой инфекции при рождении дочери Екатерины. Известно, что ее родной брат демонстрировал приступы депрессии и припадки ярости, сменявшие друг друга.

**1.4. Его дед по отцовской линии** – Иоанн (Жан) II Добрый, король Франции 1350-1364. Несмотря на свое прозвище, легко раздражался и прибегал к физическому насилию, что даже затрудняло дипломатические отношения.

**1.5. Его внук** – Генрих VI, сын дочери Карла VI (Екатерины Валуа) и короля Англии Генриха V. Еще в детстве отличался апатичностью, инфантилизмом, невысоким интеллектом; в 31 год перенес припадок «бешенства», «внезапного и неожиданного ужаса», после которого «лишился ума» и пришел в пассивное состояние, близкое к ступору, которое продолжалось около года (передвигался только с помощью слуг, на контакт не шел, на вопросы не отвечал, молчал). В 1454 г пошел на поправку, но все события этого года амнезировались. Через пару лет приступ повторился, к управлению государством Генрих вернуться не смог. Одни специалисты настаивают на кататонической форме шизофрении, другие – ввиду отсутствия указаний на бредовые или галлюцинаторные расстройства – предполагают депрессивный ступор.

**2. Близ какого города N. перенёс состояние, во время которого выхватил клинок и с криком «Вперёд, вперёд на предателей!» убил своего пажа, затем бросился на собственную охрану; успел убить и ранить ещё несколько человек?**

Описанные события произошли во Франции, в лесу близ города Ле-Ман.

### 3. Назовите диагноз психического расстройства обследуемого N. Своё предположение обоснуйте.

Для начала хотелось бы перечислить исторические моменты, на которые можно опираться при постановке диагноза:

- В 1392 г (в 24 года) король перенес лихорадку, после которой стал раздражительным, гневливым (чтобы отомстить нападавшему на его военного советника, Карл велел казнить даже слуг предателя)

- В июле 1392 король в походе по мнению современников был не похож на себя, он «произносил безумные слова», «делал жесты, неприличные для королевского достоинства»

- Буйство в Леманском лесу в 1392 г (первый психотический эпизод, 24 года), в ходе которого король убил пятерых рыцарей, и после которого 2 дня пребывал в состоянии нарушенного сознания: «те два дня, когда он был без сознания, он не двигался, тело его остыло, немного тепла оставалось только в груди, и сердце еле-еле билось». После приступа король несколько дней никого не узнавал (амнезия). Через месяц состояние улучшилось, однако полного восстановления функций не произошло («смог вернуться к государственным делам, однако участвовал в них часто формально»).

- В 1393 состояние снова ухудшилось после «Бала объятых пламенем», в результате которого четверо погибли, а сам король чудом спасся. Ему была произведена трепанация с некоторым улучшением, но спустя полгода после бала произошел новый приступ (через год после первого – новый психоз): «стал заявлять, что у него другое имя; утверждал, что у него совсем другой личный герб (лев, пронзённый шпагой), требовал убрать отовсюду свой действительный герб, собственноручно соскребал его изображения с предметов. При этом нелепо себя вёл: гримасничал, приплясывал, доходил до полного физического измождения. После перенесённого приступа окружающие находили, что «его разум стал очень неповоротливым». Из исторических источников известно, что Изабеллу король не узнавал, говоря о ней: «Кто эта женщина? Один ее вид мучит меня. Узнайте, чего она от меня хочет, и освободите меня от ее притязаний, если можете, чтобы она меня больше не преследовала». Спустя полгода симптомы сошли на нет, однако общее состояние не восстановилось полностью, король стал более апатичен.

- Спустя 2 года – новый рецидив, снова полагал себя другим человеком, развился бред преследования. Улучшение наступило спустя несколько месяцев.

- За последующие годы приступы учащались, между приступами «вёл себя упорядоченно, возвращался к делам, спокойно принимал жену, однако в целом оставался пассивным, внушаемым», затем симптоматика стала прогрессировать («становился неопрятен отправлениями, не давал себя мыть, стричь, брить, менять одежду и постельное бельё, отказывался от еды. Активно сопротивлялся гигиеническим мерам, так что требовалось несколько крепких людей для их осуществления»), «растерял социальные связи», все это сочеталось с сексуальной расторможенностью, дисморфоманическим бредом (заявлял, что сделан из стекла), деперсонализацией (полагал себя другим человеком), все возрастающим бредом преследования, агрессией.

Таким образом, на основании:

- дебюта заболевания в 24 года (дебют в молодом возрасте),
- прогрессивного течения заболевания со все более длительными приступами, сопровождающимися прогрессирующими симптомами (деперсонализация-дереализация, бред преследования, бред иного происхождения, стремительное оскудение эмоциональной, когнитивной, социальной сфер),

- постоянно сокращающимися (от приступа к приступу) межприступными периодами, в каждом последующем из которых не только не происходило возврата к исходному уровню развития личности, но наблюдался регресс,

Можно диагностировать шизофрению приступообразно-прогредиентного течения (шубообразную), кататонического или параноидного типа. В пользу кататонической шизофрении свидетельствует наличие приступов психомоторного возбуждения и эпизодов ступорозного нарушения сознания, отказ от приема пищи, однако картина в целом более близка к параноидной шизофрении.

Можно также рассматривать психопатоподобную шизофрению: странные увлечения, немотивированная жестокость, ненависть к родным, психотические эпизоды.

Если говорить о первых приступах, то можно заподозрить фебрильную шизофрению: лихорадка, ступор, хаотичные движения, амнезия, холодное тело и слабый пульс, истощение.

Благодарим всех участников за старание!  
ВСЕМ БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА ТРУД!

Уважаемые друзья!

Приглашаем Вас принять участие в новых конкурсах нашей  
Олимпиады в следующем году.  
Желаем всего самого доброго!

Спасибо научным руководителям за поддержку творческих  
порывов участников Олимпиады!

До новых встреч!

С уважением, Оргкомитет VIII Всероссийской олимпиады  
студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической  
психологии «Игры разума-2021»