

Российское общество психиатров

Совет молодых ученых

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



Заочный теоретический тур VI Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума – 2019»

ИТОГИ

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

В заочном теоретическом туре VI Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума-2019» приняли участие 52 студентов и молодых ученых, которые представили следующие города и организации: Чувашский государственный педагогический университет имени Ивана Яковлевича Яковлева, г. Чебоксары, Научно-исследовательский институт психического здоровья, г. Томск, Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, г. Москва, Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва, Казанский (Приволжский) Федеральный Университет, г. Казань, Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, 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

С радостью отмечаем, что география участников Олимпиады расширилась.

Оргкомитет отдельно приветствует присоединившихся в этом году участников из городов: **Шадринск, Пермь, Рязань, Владимир, Ижевск и Самара!!!**

Уважаемые участники!

Поздравляем вас с завершением теоретического тура олимпиады «Игры разума-2019»! Надеемся, что задания олимпиады были интересны, и от работы над ними вы получили удовольствие и положительные эмоции.

Предлагаем правильные и лучшие ответы на задания олимпиады.

Задание 1. Традиционно мы просим участников решить анаграммы, в которых на этот раз были зашифрованы психопатологические симптомы, МНН лекарственных препаратов, юридическое и психотерапевтическое понятие и редкий метод лечения психических расстройств. Все участники успешно справились с заданием.

Приводим правильный ответ **Кадашевой Ольги Дмитриевны** (г. Москва):

1. Абатестезия
2. Дееспособность
3. Абузус
4. Акцентуация
5. Амисульприд
6. Самоанализ
7. Инфантилизм
8. Декомпенсация
9. Психохирurgia
10. Обсессия

Задание 2. В этом задании содержалась лишь наводящая подсказка и фотография. Лучшими оказались ответы **Гусева Демиды Дмитриевича** (г. Тула) и **Сиразетдинова Рината Рафаиловича** (г. Уфа).

Представляем правильный ответ **Гусева Демиды Дмитриевича** (г. Тула).

Автор – Гаэтано Доницетти (Доменико Гаэтано Мария Доницетти, 1797-1848) оперный композитор, автор 68 оперных произведений, в том числе – оперы «Анны Болейн», о которой идет речь в задании. Таким образом, «эти люди» - Гаэтано Доницетти и Анна Болейн; второй человек на фотографии – племянник композитора Андреа Доницетти. Деменция Доницетти, наиболее вероятно, связана с прогрессивным параличом, развившимся вследствие заражения сифилисом. Некоторые источники (ссылаясь на Allitt 1991, p. 43) предполагают у Гаэтано Доницетти биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз), тем не менее, нейросифилис представляется более логичной причиной тяжелого состояния композитора в поздние годы.

Задание №3. В этом задании нужно было правильно оценить психическое состояние и обосновать ответ. Блестяще с заданием справилась **Кузьмина Диана Васильевна** из г. Чита.

Приводим ответ **Кузьминой Дианы Васильевны** (г. Чита):

Из данного фрагмента следует выделить некоторые ключевые моменты:

- 1) бред преследования возник остро («быстро, почти без предвестников»)
- 2) бред развертывался при ясном сознании
- 3) бред имел аффективную окраску (аффект страха)
- 4) на высоте аффекта возможно помрачение сознания
- 5) данное состояние исчезало без последствий в короткие сроки
- 6) полная критика к случившемуся

Кроме того, следует упомянуть триаду Ясперса (характерную для реактивных состояний), которая явственно прослеживается в описанном состоянии. Она включает в себя следующее:

1. Реактивное состояние вызывается психотравмирующей ситуацией. – В данном случае – пребывание на вокзале.
2. Психогенно-травмирующая ситуация отражается в клинической картине заболевания, в содержании его симптомов. – В описанном случае фабула бреда носит обыденный характер, относится к конкретной ситуации и к конкретному месту пребывания (люди, которые находятся на вокзале, являются бандитами и шпионами – «целая шайка», «собираются ограбить, убить, подвергнуть мучениям»).
3. Реактивное состояние прекращается с исчезновением вызвавшей его причины (дезактуализация психотравмы). – Выздоровление пациентов и появление критики после помещения в другую обстановку (стационар).

Таким образом, описанный бред по времени возникновения – острый, по причине – психогенный, по структуре – параноидный (вторичный, несистематизированный, чувственный), по содержанию – персекуторный (бред преследования).

Данное состояние следует классифицировать как реактивный психоз, если точнее, психогенный параноид (по МКБ-10 рубрика *F23.Острые и преходящие психотические расстройства*), или параноид внешней обстановки. Первоначальное название – железнодорожный параноид, т.к. впервые был описан С.Г. Жислиным у лиц, находящихся в условиях переезда по железной дороге.

Источники:

1. Морозов Г.В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998 г.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов.—Воронеж:НПО"МОДЭК", 1995.

Задание №4. Члены оргкомитета в большей степени согласны с рассуждениями следующих конкурсантов: **Иванова Вера Александровна** (г. Томск), **Сиразетдинов Ринат Рафаилович** (Уфа).

Приводим ответ **Ивановой Веры Александровны** (г. Томск):

Предположительно герцог Брауншвейгский страдал тревожно-фобическим расстройством. Возможно, это был страх быть похороненным заживо (тафофобия) или же клаустрофобия.

Ещё в 1772 году герцог Мекленбургский ввёл обязательную отсрочку похорон до третьего дня после смерти для предотвращения возможного погребения заживо. Вскоре эта мера была принята в ряде стран Европы, и её одобрил, например, философ Мозес Мендельсон. В XIX веке страх быть погребённым заживо стал достаточно распространённой фобией. Такое положение вещей привело к тому, что начиная со второй половины XIX века и вплоть до 1934 года в странах Европы и Северной Америки патентовались и производились специальные «безопасные гробы», оборудованные средствами спасения для погребённых заживо. Эти средства позволили бы похороненному по ошибке подать сигнал другим людям или же самостоятельно выбраться из могилы. Кроме того, подобными приспособлениями оборудовались некоторые склепы. Тем не менее свидетельства о том, что данные средства спасения действительно кому-либо помогли, отсутствуют.

В современных клинических рекомендациях по лечению специфических фобий говорится о психотерапевтическом и психофармакологическом методах лечения. Если фобии приводят к существенному снижению качества жизни следует попробовать медикаментозное лечение. Как правило начинают с антидепрессантов группы СИОЗС (Пароксетин, Эсциталопрам). Психотерапевтическое лечение может осуществляться любым методом (когнитивно-поведенческая терапия, гипноз, психоанализ; групповая, индивидуальная формы), но лучший результат достигается путем сочетания разных методов.

Задание №5. В этом задании участникам нужно было не только правильно квалифицировать симптомы, но и описать нейробиологическую основу описываемых нарушений. Немногие участники справились с этим сложным заданием. Лучшими оказались ответы **Гусева Демида Дмитриевича** (г. Тула) и **Сиразетдинова Рината Рафаиловича** (г. Уфа).

Приводим блестящий ответ **Сиразетдинова Рината Рафаиловича** (г. Уфа).

В отрывке из книги Томаса Де Квинси «Исповедь англичанина, любителя опиума», описывается симптоматика продолжительного употребления препаратов опиоидной группы, которые привели к состоянию хронической интоксикации, психической и физической зависимости. Согласно циклической смене клинических состояний при злоупотреблении ПАВ, можно говорить, что герой книги Томаса Де Квинси находится в состоянии абстиненции, учитывая описанное им:

Неустойчивость намерений, показная уверенность в себе, стремление избежать ответственности (*Ко мне вернулись радость и жажда деятельности, коих я не знал уже много лет, - пробудилось во мне желание писать или хотя бы диктовать М., писавшей за меня... Я намеревался опубликовать книгу, и были уж сделаны приготовления к ее напечатанию... Книга моя дважды объявлялась, и я, таким образом, обязан был завершить начатое...*);

Продуктивность умственной работы снижена, повышена утомляемость, планомерная деятельность затруднена (*Но мне надо было написать предисловие, а также посвящение мистеру Рикардо, которое я непременно хотел сделать великолепным. Все это я оказался не в состоянии совершить... Редко мог я заставить себя написать письмо; несколько слов в ответ было пределом моих возможностей... Не будь со мною М., все сведения о счетах, оплаченных и подлежащих оплате, пропали бы...*);

Расстройства аффективной сферы в виде апатико-абулической депрессии (*Такой глубокой тревогой и мрачной меланхолией, какую словами не выразить... Печальное состояние постепенно доходило до мрачного отчаяния, перед которым слово бессильно...*);

Расстройство восприятия в виде гипногических парейдолических иллюзий, сценopodobных галлюцинаций (*Как бы рисовать на фоне мрака всевозможные призраки... По ночам, когда я бодрствовал в постели своей, многолюдные процессии шествовали мимо меня в скорбном великолесье, фризмы, составляющие бесконечное повествование, скорбное и торжественное, по моему ощущению... Казалось, будто вдруг распахнулся и засиял театр в моей голове, в которой ежедневно шли представления, исполненные неземного великолесья...*)

Психосенсорные нарушения в виде брадихрии и тахихрии, изменения размеров предметов, а именно макроспии (*Строения, пейзажи etc. представлялись мне столь безмерными... Пространство разрасталось и распространялось до бесконечности неизъяснимой... чем невероятное растяжение времени: порою мне казалось, что в единую ночь жил я до семидесяти, а то и до ста лет; более того, иногда у меня было чувство, будто за это время миновало тысячелетие...*)

Изменения ощущений по типу гиперестезии так называемая - «ломка» (*Если бы не страдания и мучения мои, можно было бы сказать, что я находился в сонном состоянии...*)

Нарушения сна с характерными для наркомании особенностями в виде бессонницы, отсутствие отдыха и восстановления сил после сна, пробуждение в плохом настроении с чувством разбитости, тревожные и пугающие сновидения (*По ночам, когда я бодрствовал в постели своей...Все эти перемены в моих сновидениях сопровождалась такой глубокой тревогой и мрачной меланхолией, какую словами не выразить... Ощущения, будто я возвратился, у меня не было, даже когда я просыпался...*)

Нейробиологическая основа всего описанного выше скрывается в активации опиоидных рецепторов поступающими извне опиатами. Основной мишенью опиатов является подкрепляющая система головного мозга, отвечающая за такие психические процессы как эмоции, мотивация и память, благодаря мезокортиколимбической системе мозга. Опиаты вызывают положительное подкрепление, а механизмы положительно подкрепления реализуются через систему вознаграждения мозга, центром которого является мезолимбический дофаминергический нейрон в вентральной области покрышки, которые посылают проекции в различные отделы головного мозга (прилежащее ядро, гиппокамп, гипоталамус, фронтальные области коры головного мозга, голубоватое пятно). Учитывая, что экзогенные опиаты оказывают более глубокое стимулирующее воздействие по сравнению с естественными раздражителями, формируется зависимость, наркотик и его метаболиты постепенно (в случае опиатов это происходит очень быстро) встраиваются в метаболические системы головного мозга, т.е. экзогенный опиат подменяет естественный и как итог становится регулятором обмена веществ в нервной ткани.

Опиоидные рецепторы располагаются над другими рецепторами и выполняют функцию торможения, чтобы мы смогли получать положительные эмоции при воздействии естественных раздражителей. Активация опиоидных рецепторов приводит к торможению в ниже лежащих нейронах двумя путями:

1 путь – активация опиоидных рецепторов → торможение аденилатциклазы → падение активности Ca^{2+} каналов → уменьшение Ca^{2+} в пресинаптической мембране → уменьшение выброса нейромедиатора;

2 путь – активация опиоидных рецепторов → запускает фосфолипазу C → увеличивается количество открытых K^+ каналов → большое количество K^+ выходит из клетки → происходит падение заряда (гиперполяризация пресинаптического окончания) → уменьшение выброса нейромедиатора.

При снижении концентрации опиатов в организме, они перестают оказывать подавляющее воздействие на структуры головного мозга и возникает аномально большой выброс нейромедиатора.

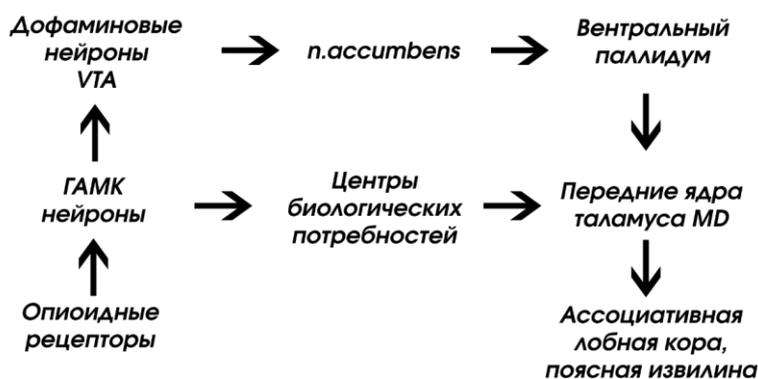
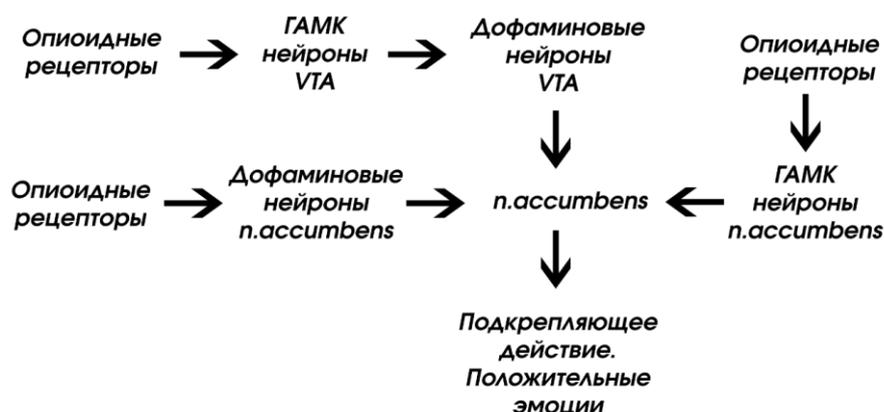
Воздействие экзогенных опиатов на голубоватое пятно, отвечающее за синтез норадреналина, приводит к уменьшению выделения норадреналина и как следствие развивается сонливость, но после прекращения действия опиатов на нейроны голубого пятна происходит колоссальный выброс норадреналина и как следствие появляется противоположное состояние сонливости в сочетании с тревогой, раздражительностью и т.д.

Воздействие экзогенных опиатов на нейроны, отвечающие за боль, которые располагаются в задних рогах серого вещества спинного мозга и ядрах V нерва, снижают болевую чувствительность за счет торможения. Происходит истощение энкефалиновой системы и в последующем любое прикосновение или движение приносит невероятные болевые ощущения.

Воздействие экзогенных опиатов на ГАМК нейроны, приводит к их торможению и как следствие снижению их сдерживающего влияния на структуры головного мозга, происходит большой выброс дофамина в вентральной области покрышки, возникает

патологическое положительное подкрепление, но после прекращения действия опиатов сначала происходит колоссальный выброс дофамина и ГАМК, а затем наступает истощение нейромедиаторной системы, с чем можно связать большинство симптомов описанных в отрывке из книги Томаса Де Квинси «Исповедь англичанина, любителя опиума».

Так же стоит отметить, что экзогенные опиаты вызывают не только нарушение медиаторного гомеостаза, но и оказывает неблагоприятное влияние на гормональный фон (повышается уровень пролактина, тиреотропных гормонов, снижается уровень ТТГ и т.д.)



Задание №6. В этом задании нужно было предположить этиологическую причину психического расстройства, руководствуясь данными рентгенологического исследования черепа и фотографиями кожных проявлений. Многие участники олимпиады успешно справились с заданием. Особенно хотелось бы отметить работу **Прохорова Анатолия Сергеевича** (г. Чита) и **Фадееву Майю Валерьевну** (г. Пермь).

Приводим ответ **Прохорова Анатолия Сергеевича** (г. Чита):

Этиологической причиной данного расстройства является генетически детерминированное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, которое называется *туберозный склероз* (эпилепсия, болезнь Прингла—Бурневилля).

Этиология данного заболевания кроется в мутации генов TSC1 и TSC2. Оба гена принадлежат к числу генов-супрессоров опухолей, которые в норме ограничивают избыточный рост тканей. Поскольку имеется мутация в данных генах, то это приводит к развитию опухолевых образований, так называемых гамартом, которые могут

локализоваться в головном мозге, сетчатке, на кожных покровах, поражают почки, легкие, сердце, формируя соответствующую клиническую картину.

Клинически туберозный склероз проявляется лицевыми ангиофибромами, которые представляют собой узелки диаметром менее 0,5 см розовой или красноватой окраски, располагающиеся симметрично в носогубных складках, на щеках и иногда на подбородке, лбу, скальпе. Эти узелковые образования часто сопровождаются телеангиэктазиями, усиливающими красный цвет их окраски.

Так же патогномоничными симптомами считаются подногтевые и околоногтевые фибромы, которые, как и ангиофибромы, представляют собой гамартомы дермальной соединительной ткани. Что и изображено на фотографиях.

Из церебральных нарушений для туберозного склероза характерны эпилептические припадки, умственная отсталость и другие когнитивные, поведенческие и двигательные нарушения — апраксия, нарушения развития речи, аутизм.

Клинические проявления обусловлены наличием морфологического субстрата в головном мозге, так называемых субэпендимальных узлов и кортикальных туберов, которые являются элементами церебральных гамартом и локализуются на границе с ликворными пространствами мозга, часто подвергаются кальцификации. Поэтому они часто визуализируются посредством обзорной рентгенографии черепа, которые выглядят, как петрификаты небольших размеров, что и представлено на соответствующем снимке.

Хотелось бы добавить, что помимо вышеперечисленных проявлений, так же возможно поражение почек с формированием почечных ангиолейомиом, развитие рабдомиомы сердца, легочных ангиомиолипом, ректальных полипов.

Задание №7. Большинство участников уверенно справились с решением ребусов. Приводим работу **Кузьминой Дианы Васильевны** (г. Чита):

1. Резонёрство – расстройство мышления, характеризующееся склонностью к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных, формальных аналогиях рассуждениям.
2. Парагномен (симптом Бжезицкого) – неожиданный, нехарактерный для данного больного с присущими ему до заболевания особенностями поведения болезненный поступок.

Задание №8. Это творческое задание предполагало составление алгоритма психотерапевтической помощи в когнитивно-поведенческом направлении у пациента с тревогой и страхом. По мнению жюри наиболее интересной оказалась работа **Бирюковой Анны Александровны** (г. Смоленск).

Приводим ответ **Бирюковой Анны Александровны** (г. Смоленск).

В лечении пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами преследуются следующие цели:

- устранение навязчивых мыслей, действий;
- работа с личностными факторами (чувство малоценности, неуверенность в себе), налаживание контактов по горизонтали или вертикали;
- устранение вторичных проявлений заболевания: социальная изоляция, школьная дезадаптация и т. д.

Алгоритм помощи клиенту:

- 1) поведенческий анализ ⇒ определение «мишеней»;
- 2) подбор когнитивно-поведенческих техник ⇒ работа с мыслями, с отношением к данной ситуации, с коррекцией искажений и ошибок мышления ⇒ изменение представлений клиента о себе, коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок,

формирование положительных, конструктивных и жизнеутверждающих стереотипов дальнейшего поведения;

3) освоение клиентом методик и техник самоконтроля, самодиагностики и самолечения ⇒ закрепление успехов, достигнутых на сеансах, и возможность самостоятельно справляться с проблемами после окончания курса психотерапии ⇒ социальная адаптация и оптимальное функционирование личности.

1) **Поведенческий анализ** позволяет получить информацию о поведении клиента во время наблюдения за ним в естественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, ролевой игре), а также в вербальных сообщениях о ситуациях и их последствиях. Он помогает узнать конкретные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия для поведения-мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (моторика, эмоции, когниции, физиологические переменные, частота, дефицит, избыток, контроль); временные последствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитивные, негативные) и с локализацией (внутренние, внешние), а так же спланировать терапию на основании всего этого.

2) После определения "мишеней" психотерапии подбираются наиболее **подходящие когнитивно-поведенческие техники** для работы с пациентом, позволяющие изменить неадекватные стереотипы мышления, представления, которыми личность реагирует на внешние события тревогой, агрессией или депрессией.

Существует масса различных техник: "*постановка цели*" (проблема переформулируется в цель), *кибернетическая модель TOTE* (от англ. test-operate-test-exit - пробую-действую-пробую-выхожу; включает проработку цели, осознание свидетельств ее достижения, отслеживание движения к цели и коррекцию, если она необходима), "*шаги прогресса*" (участник рисует лестницу, где первая ступень - "завтра", вторая - "через неделю" и т.д., отвечает на вопросы, как он/другие узнают завтра, что цели достигаются, как он наградит себя за то, что достиг прогресса), *реципрокная ингибция*.

К последнему методу относится *систематическая десенсибилизация Вольпе*. Невротическое поведение чаще всего определяется тревогой. Страх, тревога могут быть подавлены, если в одно и то же время действуют противоположные стимулы, например параллельно им действует гнев или (чаще) релаксация. Два ответа несовместимы, один уступит дорогу другому. Происходит противообусловливание, патологический рефлекс угасает.

Эмоционально-стрессовыми методами работы с фобиями являются следующие *поведенческие техники*: *наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева*. В настоящее время они употребляются редко, в основном в практике детских психотерапевтов. При использовании этих приемов имеются отработанные алгоритмы. Так, например, при использовании техники наводнения существует следующая последовательность шагов: установление контакта и цели терапии, обоснование ее принципов, ознакомление со скрытыми уходами при тренинге, погружение в реальную ситуацию, повторные погружения в реальную ситуацию в соответствии с программой, закрепление позитивных стереотипов поведения.

Метод "Стоп-кран", или триада самоконтроля (применяется как средство неотложной психотерапевтической помощи), заключающийся в остановке мысли, релаксации, скрытом подкреплении. Основан на концепции скрытого моделирования.

Пациента просят закрыть глаза и представить картину, вызывающую отрицательные эмоции, одновременно сфокусировавшись на негативной мысли. Когда появляется такая мысль, его просят поднять палец. На этот сигнал психотерапевт произносит "Стоп!". Пациент обычно отмечает, что мысль исчезает. Затем его просят самому себе сказать "стоп", воображая красный сигнал светофора. После этого рекомендуется глубоко подышать и добиться релаксации. Третьим компонентом скрытого подкрепления служит представление приятной сцены, выбранной заранее. Когда пациент способен "видеть" и "чувствовать" положительные эмоции от последовательности картин, вся триада

воспроизводится еще раз: 1) пациент представляет мысль, которую нужно "удалить", субвокально кричит "Стоп", представляя красный сигнал светофора; 2) проводит релаксацию; 3) представляет приятную картину. Дома рекомендуются тренировки дважды в день.

Важную роль играет *тренинг уверенного поведения*. Наиболее трудными областями общения и источником отрицательных эмоций у пациентов с пограничными психическими расстройствами служат следующие моменты: умение за себя постоять, публичные выступления, вступление в контакт, страх неудачи или отвержения, страх отрицательной оценки, адекватное поведение в незнакомой или неформальной обстановке, принятие ответственности за свое поведение.

Занятия с психотерапевтом строятся следующим образом. Во время интервью совместными усилиями принимается решение, какой перечень проблем будет затронут - составляется "повестка дня". Далее специалист работает с клиентом, используя оптимальные когнитивно-поведенческие техники, помогая ему преодолеть страх и сформировать адаптивные стереотипы поведения. По окончании занятия суммируются наиболее важные выводы сеанса, анализируется эмоциональное состояние пациента. Совместно определяется характер самостоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии. Типичные варианты домашних заданий: ежедневная запись дисфункциональных мыслей с рациональным ответом; графики изменений настроения в течение дня; чтение книги или статьи, относящихся к специфической проблеме; прослушивание кассеты с записью занятия; написание автобиографического отрывка; практика приемов релаксации; тренировка в альтернативных видах поведения, закрепление и воспроизведение новых способов поведения *in vivo*.

3) Методы самоконтроля. Если психотерапевту удастся использовать принципы теории научения для изменения поведения пациента, то можно полагать, что и сам пациент в состоянии это сделать. Методы самоконтроля помогают уменьшать страх и тревогу, контролировать агрессивное поведение, улучшать учебу, повышать уверенность в себе, и в конечном итоге - регулировать самооценку. Методы самоконтроля условно можно разделить на методы самонаблюдения, самооценки (самоописания), самоподкрепления.

Задание №9. В этом задании участникам предлагалось изучить клинические случаи, взятые из "Клинических лекций" Э. Крепелина, и квалифицировать выявленные психические нарушения на семиотическом, синдромологическом и нозологическом уровнях. Обосновать подходы возможной современной диагностики расстройств и адекватной терапии. Не многие успешно справились с этим непростым заданием. Хороший ответ дал **Фецура Игорь Владимирович** (г. Тула).

Приводим ответ **Фецуры Игоря Владимировича** (г. Тула):

Случай 1. Во время рожистого воспаления кожи головы больная дважды перенесла острые психотические состояния. В первый раз на высоте инфекционного процесса у нее развился острый паранойд ("стала утверждать, что она умерла, перестала есть"). Острые параноиды постоянно характеризуются импульсивными действиями, в данном случае это отказ от еды.

Во второй раз при резком падении температуры тела собственно делирий ("стала совершенно безучастной и спутанной, начала галлюцинировать"). У пациентки отмечается амнезия периода помрачения сознания, сохранились лишь отрывочные неинформативные воспоминания ("слышала голоса, видела разные вещи, но подробнее ничего рассказать не может, разве только что птицы летали"), что является весьма характерным для делирия.

Данные состояния согласно МКБ 10 можно классифицировать как F05.86: *Другой делирий, в связи с другими вирусными и бактериальными нейроинфекциями.*

В данном случае инфекционным заболеванием здесь выступила рожа.

Критерии данного диагноза согласно МКБ 10: продолжительность – до 6 месяцев, измененное сознание, общее расстройство познания (галлюцинации, преимущественно зрительные, нарушение мышления с преходящим бредом, расстройство воспроизведения и памяти на недавние события), нет данных за прием алкоголя или других ПАВ, зато есть рожистое воспаление, причем локализации очень близкой к головного мозга (лица, головы).

Адекватная терапия и диагностика.

Лечение данного заболевания проводится в инфекционном или реанимационном отделениях врачом-инфекционистом. Помимо основных диагностических мероприятий при инфекционных патологиях (общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, посев крови на стерильность, мазок с поверхности рожистого воспаления на флору и чувствительность к антибиотикам), необходимо назначение консультаций психиатра, невролога и реаниматолога, проведения РКТ или МРТ головного мозга.

1. Этиология данного психотического расстройства имеет, как было сказано выше, инфекционный генез, так что основным направлением лечения будет антибиотикотерапия рожистого воспаления, купирование лихорадки.

2. Купирование психотической симптоматики и психомоторного возбуждения:

Sol. Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 2,0 мл в/м 3 раза в день в течение острого периода. При выраженном психомоторном возбуждении возможно добавление нейролептиков, к примеру, галоперидола 1,0-2,0 мл в/м в сутки. Но, во-первых, назначение нейролептиков необходимо проводить под контролем АД. Во-вторых, несмотря на их наличие в стандартах оказания медицинской помощи по профилю “психиатрия”, при делириозных расстройствах их назначение весьма сомнительное, поскольку они могут значительно ухудшить и без того тяжелое состояние больного.

3. Sol. NaCl 0,9% - 250,0 мл + KCl 4% - 30,0 мл + MgSO₄ 25% - 10,0 мл. Под контролем и с учетом ЧСС и АД в течение острого периода (в среднем 3-5 суток).

4. Sol. NaCl 0,9% - 250,0 мл + Vit. B1 - 3,0мл. С учетом анамнеза (частые случаи аллергических реакций на витамины группы В) в течение острого периода (в среднем 3-5 суток).

5. Sol. NaCl 0,9% - 250,0 мл + Ethylmethylhydroxypyridine succinati- 5,0 мл. в течение острого периода (в среднем 3-5 суток).

Объем инфузии контролируется лечащим врачом в зависимости от состояния пациента (уровень сознания, ЧСС, АД, диурез, лихорадка, ЧДД, потери жидкости путем рвоты или диареи, электролитного и кислотно-щелочного баланса).

В дальнейшем у пациентки отмечаются проявления психоорганического синдрома, который развился после инфекционного поражения центральной нервной системы. Стадия психоорганического синдрома – апатическая. У пациентки отмечаются следующие особенности психического статуса, свойственные данному диагнозу: сознание ясное. Ориентирована верно в собственной личности, грубо ориентирована в местоположении: “в больнице, вокруг врачи”, без уточнений. Дату указать не может (по крайней мере, точную), не помнит, сколько времени пребывает в больнице. Голос тихий, маломодулированный. Мимика, жесты обеднены. Апатичная, вялая, пассивная, малоактивная. Высказывает отрывочные, крайне скудные воспоминания перенесенного психотического расстройства. Контакт доступен, но ответы после длительных пауз, краткие, малоинформативные. Внимание тугоподвижное, суженного объема, истощаемое.

Мышление инертное, ближе к конкретному, малопродуктивное. Уровень суждений поверхностный. Настроение малодифференцируемое. Обманы восприятия не выявляет, бредовых идей не высказывает. Критика снижена. Волевой и мотивационный компоненты ослаблены.

В МКБ 10 диагноз психоорганический синдром отдельно не выделяется, так что правильно данное состояние ближе к F07: расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга, а именно F07.16. *Постэнцефалический синдром в связи с другими вирусный и бактериальными заболеваниями. Психоорганический синдром (апатическая стадия).*

Критерии данного диагноза согласно МКБ 10: расстройства личности и поведения сопровождаются или возникают как резидуальные при болезнях, повреждениях или дисфункциях головного мозга; апатия; когнитивная дисфункция; нарушение в сфере мотиваций и влечений; различные резидуальные неврологические дисфункции.

Адекватная терапия и диагностика.

Лечение данного заболевания проводится в неврологическом или психиатрическом отделениях. Необходимо назначение консультаций психиатра, невролога и психотерапевта, клинического психолога с проведением психологического тестирования, ЭЭГ головного мозга (с учетом уже проведенного РКТ/МРТ головного мозга). Полезным будет назначение УЗДГ сосудов головного мозга.

1. Tab. Glycini 100 мг по 2 таб. 3 раза в день под язык в течение 2-3 месяцев.
2. Tab. Picamiloni 50 мг по 1 таб. 3 раза в день в течение 2-3 месяцев.
3. Sol. Vit. B1 5% - 3,0 мл в/в струйно утром в течение 10 дней.
4. Sol. Vit. B6 5% - 2,0 мл в/м утром в течение 5 дней, чередовать с Sol. Vit. B125%-1,0 мл в/м утром.
5. Sol. Pyracetami 20% - 5,0 мл + Sol. NaCl 0,9% 15,0 мл в/в струйно медленно утром в течение 10 дней.
6. Sol. Cerebrolysin- 5,0 мл в/м вечером в течение 10 дней.
7. Tab. Pyrazidoli 50 мг по 1 таб. 3 раза в день в течение 1-2 месяцев.

Лечебно-диагностические мероприятия предложены в соответствии с показаниями и стандартами оказания медицинской помощи по профилю “психиатрия”: Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1449н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических психотических расстройствах"; Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1466н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, органических (аффективных) расстройствах настроения".

Случай 2. Если поверхностно оценивать данную пациентку, то в первую очередь приходят мысли о наличии алкогольного делирия.

Она находится в сознании. Ориентирована в собственной личности верно. Сведения о себе сообщает нечетко: “43 года”, хотя на самом деле ей 41, причем она помнит год рождения. В местоположении дезориентирована “в Мюнхене, в клинике, где снимают рога”, хотя сохранено понимание, что она в больнице. Дату она не называет, хотя время указывает неправильно. Контакт доступен, но с большим трудом. К врачу обращается “прокурор”. Ответы на вопросы дает по- существу, но отмечается мимопадание. Астенична. Напряжена, беспокойна, растеряна. Эмоционально лабильна. Настроение резко неустойчивое, в сторону сниженного. Внимание отвлекаемое. Мышление сумбурное, непоследовательное, нецеленаправленное, сниженной продуктивности.

Выявляет обманы восприятия: видит злого духа, хватается около своего лба себя за рога, кормит куклу грудью, узнает в ней своего якобы погибшего ребенка. Высказывает нелепые идеи, которые имеют бессвязный характер, постоянно соскальзывает с одной мысли на другую. Имеется неполная критика, причем свою болезнь связывает с головой.

В пользу алкоголизма у данной пациентки некоторые анамнестические данные: брат матери, а также брат больной были алкоголики. Про алкоголизм пациентки сказано одна фраза: стала сильно пить.

Но при более подробном анализе картины выявляются следующие важные детали.

Пациентка верно указывает свою дату рождения, но при этом совсем немного путается в возрасте, хотя такие симптомы вполне свойственны и для алкогольного делирия. Местоположение она указывает в верном направлении: “клиника”, но дает весьма вычурные ей характеристики: “в Мюнхене, где снимают рога”. На большинстве заданных ей вопросов она говорит по-существу, понимая смысл, но с миморечью или мимоговорением в виде весьма нелепых ответов, что совершенно нехарактерно для делирия: “ $2*2=3$, $3*3=7$; ножик называет часами, моменту в 5 пфенингов указывает в 2 пфенинга, у нее 7 глаз и 3 носа”. В обманах восприятия отмечаются очень резкие перепады с одной фантомы на другую. Ее поведение носит весьма эмоционально окрашенный, демонстративный, вычурный характер: “делает кучу вырезанных детских фигурок, пеленает куклу, сделанную из выеденной булки, набитой ватой, на шею она носит изображение мужчины, вырезанное из журнала. Она начинает играть с куклой, старается всунуть ей в рот маленькие бумажные шарики, держит ее у груди как бы для кормления и заявляет, что она умертвила, задушила своего 10-ти дневного ребенка. Ее пальцы в крови, так как она должна выцарапать из-под пола мальчика, который там находится; затем она начинает царапать пол”. Причем в данном поведении при всем его абсурдности можно заметить целенаправленность действий, поскольку вырезать детские фигурки, сделать куклу из булки и пеленать ее, вырезать изображение мужчины из журнала крайне непросто при наличии делириозного помрачения сознания ввиду выраженной растерянности и непоследовательности в состоянии пациента и выраженном треморе.

Причем изначально больная просто сидела в постели с распущенными волосами, согнувшись вперед, с лицом закрытым руками. Активация в ее поведении отмечается лишь при наличии зрителей, в данном случае врачей. Фраза “если мы постараемся вступить с больной в общение, то на нее находит какая-то бессмысленность” подтверждает вышеуказанную мысль.

После анализа ее анамнеза жизни, можно усмотреть прямую связь между ее нелепыми идеями и жизнью, где “она имела 6 выкидышей; один ребенок умер маленьким от слабости”.

По алкогольному анамнезу, кроме наследственности и крайне аморфной фразы “стала сильно пить” нет никаких четких данных, в том числе предшествующий данному психотическому состоянию длительный запой и резкий его обрыв в несколько дней. Более того она попала в тюрьму 6 месяцев назад, после чего постепенно (что тоже нехарактерно для делирия) у нее развилось данное расстройство. Такие сведения полностью исключают алкогольный делирий. И направляют в сторону конверсионного расстройства, поскольку данный психоз вызван запредельным хроническим стрессом, при попадании в непривычные, крайне некомфортные, возможно опасные условия, например, в условия тюремного заключения.

Имеются еще некоторые данные анамнеза: “и раньше отличалась склонностью к хвастовству, лжи и произвольным прикрасам своих рассказов. Кроме того, она была очень раздражительна, приходила временами в состояние бессмысленного бешенства, бросалась

на пол с пеной у рта, дико била все вокруг себя”, которые указывают на истерические черты личности у данной пациентки.

Таким образом, диагноз здесь следующий: истерический психоз, а именно – *синдром Ганзера*. F44.80.

Адекватная терапия и диагностика.

Лечение данного заболевания проводится в психиатрическом отделении. Необходимо назначение консультаций психиатра, психиатра-нарколога и психотерапевта, клинического психолога с проведением психологического тестирования, РКТ/МРТ и ЭЭГ головного мозга.

1. Для полного и быстрого устранения подобной симптоматики необходимо устранить психотравмирующую ситуацию (тюремное заключение), но это исключено.

2. Медикаментозная терапия. Для снятия психомоторного возбуждения и упорядочения поведения можно использовать небольшие дозировки нейролептиков, например, галоперидол 1,0 мл в/м 1-2 раза в день. Длительно использовать такую терапию нецелесообразно.

В дальнейшем имеет смысл назначение поддерживающей нейролептической терапии: Tab. Alimemazini 20 мг 3 раза в день в течение нескольких недель или месяцев (по состоянию).

Транквилизаторы: Tab. Tofisopami 50 мг по 1 таб. 3 раза в день нескольких недель или месяцев (по состоянию).

Антидепрессанты: Транквилизаторы: Tab. Fluvoxamini 100 мг по 1 таб. вечером нескольких месяцев (по состоянию, с возможным увеличением дозировки до 200 мг).

3. Психотерапия. Внушение в гипнотическом состоянии соответствующего характера, техник НЛП (взмах, визуально-кинестетические диссоциации, рефрейминг), ролевые игры, психодрама, трансперсональная психотерапия, психосинтез.

Задание 10. В данном задании нужно было квалифицировать симптомы, опираясь на отрывок из письма. С заключительным заданием олимпиады уверенно справилась **Кузьмина Диана Васильевна** (г. Чита).

Приводим ответ **Кузьминой Дианы Васильевны** (г. Чита):

Разумеется, нельзя ставить диагноз на основании только одного письма. Но я всё же предположу, что это *тактильный галлюциноз Берса-Конрада и дерматозойный бред Экбома (бред одержимости кожными паразитами)*.

1. Вначале возникла ипохондрическая сверхценная идея: имелась реальная основа для беспокойства о своем здоровье – воспаленные лимфоузлы, ухудшение самочувствия, повышенная утомляемость. Затем она трансформировалась в бредовую. Идея о наличии в организме паразитов и насекомых не поддавалась разубеждению – были проведены анализы, не подтвердившие паразитарные заболевания, но Е. «пришла к выводу, что врачи меня не поймут». Можно сказать, что бред по характеру монотематический систематизированный – имеет собственную субъективную логику и систему доказательств. Е. последовательно выстраивает свою теорию заболевания: возбудитель, цикл его развития, предрасполагающие факторы, симптомы, диета и лечение. Считает виновным в этом «климатическое оружие», «химтрейлы» (химикаты, которые якобы распыляют самолёты) и что «гриб <...> способен съесть человека. все их действия – осуществление программы по которой на земле должен проживать «золотой миллиард»».

2. Зрительные иллюзии (белые нити и песок в ранах - скорее всего за них Е. принимала отшелушившиеся фрагменты кожи).

Тактильные («в коже появились насекомые, похожие на клещей и муравьев», зуд, «дикие» и «нечеловеческие» боли) и висцеральные галлюцинации («гельминты шевелятся в мозге»).

«Ощущение как-будто изнутри меня съедают паразиты» - скорее всего, сенестопатии.

3. Возраст в письме не указан, но я предполагаю, что Е. 45-55 лет (период менопаузы: имелись жалобы на плохое самочувствие и повышенную утомляемость и было назначено гормональное лечение). Тактильный галлюциноз обычно встречается этом возрасте.

Источники:

1. Морозов Г.В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998 г.

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 VI Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума-2019»