

Российское общество психиатров

Совет молодых ученых

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



**Заочный теоретический тур VII Всероссийской олимпиады студентов и молодых
ученых по психиатрии и клинической психологии
«Игры разума – 2020»**

ИТОГИ

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

В заочном теоретическом туре VII Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума-2020» приняли участие 86 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, Гродненский государственный медицинский университет, Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева.

С радостью отмечаем, что география участников Олимпиады расширилась и мы выходим на международный уровень!

Оргкомитет отдельно приветствует присоединившихся в этом году участников из стран ближнего зарубежья: **Кыргыстана и Белоруссии !!!**

... С приходом к власти Гитлера, в 1934 году в рамках расовой гигиены сформировалась «Программа умерщвления T-4» или же «Операция Тиргартентрассе-4», названная в честь улицы, на которой находилась штаб-квартира, где разрабатывалась данная бесчеловечная программа. Программа «T-4» должна была способствовать стерилизации, уничтожению людей с психическими расстройствами, физическими дефектами. Мотивом для создания этой программы послужило то, что люди с данными расстройствами не работали, были на попечении у государства, и с экономических позиций было не выгодно их содержать, к тому же они могли оставить после себя потомство, которое не соответствовало «высоким стандартам» арийской расы.

Ответственными лицами за выполнение программы «T-4» были назначены: руководитель канцелярии Гитлера, *Филипп Боулер*, личный врач Гитлера, *Карл Брандт*, доктор психиатрии, *Вернер Хайде* и его заместитель, доктор *Пауль Ниче*. Для отбора жертв были разработаны анкеты, с помощью которых выясняли, является ли человек работоспособным и есть ли у него заболевание, врачи решали участь человека. Затем анкеты посылались «экспертам», которые ставили пометку «красный плюс» - необходимость умерщвления, либо «синий минус» — решение оставить в живых.

Нужно отметить, что вначале практиковалась стерилизация психически больных людей и лиц, страдающих различными наследственными заболеваниями, которая регламентировалась «Законом о предотвращении рождения потомства с наследственными заболеваниями». Согласно данному закону, решение о принудительной стерилизации принималось судьей и двумя психиатрами. Стерилизация осуществлялась посредством вазэктомии и перевязки маточных труб. Таким образом, с 1934 по 1939 год были подвергнуты стерилизации около 400000 человек.

Однако стерилизацией дело не ограничивалось, вскоре начались массовые убийства, которые совершались путем введения инъекций фенобарбитала, в случаях если же людей было много, то их умерщвляли угарным газом в газовых камерах, после чего трупы сжигали в печах. Психически больных людей часто убивали прямо в психиатрических лечебницах самыми изуверскими способами. Специально создавались центры по умерщвлению «неудобных», так называемые «фабрики смерти», которые были оборудованы газовыми камерами. В 1939 году в ход пошли массовые убийства детей, у которых диагностировались серьезные наследственные, психические, неврологические заболевания. До конца войны, по некоторым данным, было убито более 5000 детей-инвалидов, а общее количество людей убитых в ходе программы T-4 составило около 1 млн. человек. Важен тот факт, что нацисты убивали не только в своей стране, но и в других странах, на оккупированных ими территориях.

Чтобы общественность Германии принимала подобные крайности, как необходимые меры, в работу активно включилась пропаганда, которая разрабатывала различные методы «обработки» общества. В частности и агитационные плакаты, один из которых *представлен в данном задании*. На плакате изображен инвалид и рядом написано: «Этот больной за время жизни обходится народу в 60000 рейхсмарок. Гражданин – это и твои деньги!». Очевидно, что цель этого плаката заключалась в формировании ненависти к людям с различными тяжелыми заболеваниями, выставляя, таким образом, их обузой для общества и отдельного гражданина. История возникновения этого плаката связана с пропагандистской формулой 1000:10:5:1, разработанной осенью 1939 года. Из формулы выходит, что на каждую 1000 человек населения приходится 10 нетрудоспособных, из которых помощь нужно оказывать 5-м, а одного - необходимо ликвидировать. Согласно статистике, по данной формуле нужно уничтожить 70000 тысяч человек, что даст экономический эффект в 885440000 марок, которые якобы позволили улучшить социальные условия «здоровых» граждан. Некоторые люди под воздействием такой пропаганды добровольно отдавали своих больных детей и родственников на умерщвление. Но под этими «благими намерениями» со стороны фашистов скрывались более глубокие и корыстные мотивы, а именно экономия денег на нуждающихся в

помощи людям для проведения военных действий, а также поддержание главенствующей идеологии.

Помимо этого плаката было множество других со схожими призывами. Вот некоторые из них:



Несмотря на пропаганду, большая часть населения Германии была против таких радикальных мер и часто высказывала недовольства Гитлеру, из-за чего ему даже пришлось в августе 1941 года официально закрыть программу «Т-4», но она продолжила свое секретное существование до самого окончания войны...

...Многие немецкие психиатры с мировым именем были сторонниками такой идеологии. Даже всемирно известный психиатр *Эмиль Крепелин*, будучи социал-дарвинистом, в поздние годы своей деятельности активно занимался вопросами социальной гигиены и евгеники, был сторонником стерилизации душевно больных. Такого же мнения придерживался не менее известный психиатр, создатель концепции о шизофрении, *ЭйгенБлейлер*. Известнейший немецкий психиатр, создатель концепции об экзогенных типах реакций, *Карл Людвиг Бонхеффер*, так же был сторонником принудительной стерилизации психически больных, преподавал в университете курс по «научной» принудительной стерилизации. Но данные психиатры участия в программе «Т-4» не принимали.

В программе «Т-4» было задействовано много известных немецких психиатров. Одним из них был *Эрнст Рюдин*, который принял активное участие в создании «Закона о стерилизации душевнобольных людей», ввел понятие «психиатрическая евгеника». Так же подозревают в связях с «Т-4» известного психиатра *Ганса Аспергера*, в честь которого назван синдром Аспергера. Известный невропатолог *Юлиус Галлерворден*, в честь которого названа болезнь Галлервордена – Шпатца, был замешан в программе «Т-4», он активно занимался изучением головного мозга, его «коллекция» состояла из более 110000 препаратов, которые были получены от больных, убитых в ходе программы «Т-4», умерщвленных в концентрационных лагерях. *Ганс-Герхард Крейцфельдт*, чье имя носит болезнь Крейцфельдта — Якоба, тоже участвовал в «Т-4». Доктор *Карл Шнайдер* руководил научно-исследовательским подразделением, где проводили эксперименты на психически больных с изучением анатомической структуры их головного мозга после эвтаназии. Так же в программе участвовали известные немецкие специалисты, как *Карл Зенхен*, *Вернер Филлингер*, *Герман Пфаннмюллер*, *Макс де Кринис*, *Освальд Бумке*, *Ганс Бургер*. Многие психиатры, участвовавшие в программе «Т-4», так и не понесли наказания. Поскольку среди психиатров случаи отказа от сотрудничества с фашистами были достаточно редкими, хотелось бы отметить тех, кто критиковал все эти зверства: *Курт Шнайдер* – создатель симптомов первого и второго ранга для диагностики шизофрении, а так же психиатры *Готфрид Эвальд*, *Мартин Холь*.

С позиций настоящего времени данные события кажутся нечеловеческим изуверством, даже не верится, что это действительно было каких-то 80 лет назад. Даже в самых страшных фантазиях трудно представить себе такой ужас, трудно поставить себя на место тех людей, которые нуждались в помощи со стороны более сильных и здоровых граждан, а в итоге стали жертвами бесчеловечных, антигуманных, фашистских убеждений. Действительно, понятие «норма» само по себе достаточно размытое, и опыт фашистской Германии тому пример, как по мне, жертвы «операции Тиргартенштрассе-4» были более полноценными людьми, нежели все те, кто принимал участие в этой программе. Такой печальный опыт, должен служить напоминанием для всех людей любых убеждений, расовой принадлежности, национальности, вероисповедания. Люди должны помнить, что нет ничего дороже на свете, чем жизнь человека.

Задание №3. Много разногласий возникло при анализе этого задания. В качестве блестящего примера приводим работу **Антоновой А.В., Нижний Новгород.**

Широко распространено мнение, что прототипом Дейзи Бьюкеннен из романа Фицджеральда «Великий Гэтсби» послужила юношеская любовь автора - «светская львица» Джиневра Кинг. Однако нет никаких оснований предполагать у нее наличие психического расстройства. В романе она показана как «недалекая», поверхностная, пустая, не способная к глубоким чувствам и не умеющая понять их в других «красивая дурочка». Но не более. Есть также свидетельство того, что образ Дейзи частично основан на жене Фицджеральда – Зельде Фицджеральд (в девичестве Сейр), но, скорее, в плане биографических деталей, а не психопатологии.

С Николь Уоррен из романа «Ночь нежна» все гораздо проще. Единственным претендентом на прототип является Зельда Фицджеральд. Кроме того, ни для кого не секрет, что Скотт свободно заимствовал из ранних дневников и писем жены материал для своих произведений. Но несмотря на автобиографичность романа, это все же художественное произведение. А, значит, биографии Николь Уоррен и Зельды Фицджеральд будут отличаться, что может привести к разным диагностическим гипотезам.

Николь Уоррен.

Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Средняя из 3 детей (имеет старшую сестру, младший брат умер в младенчестве). Была вполне нормальным, здоровым, жизнерадостным ребенком. В 11 лет осталась без матери, на попечении гувернанток. К отцу относилась очень тепло, идеализировала его. В 15 лет была изнасилована отцом. После этого «словно оледенела», твердила: «Ничего, папочка, ничего. Ты не огорчайся, не надо». Через некоторое время (возможно, несколько месяцев?) старшая сестра заметила, что с Николь стало твориться что-то странное, несуразное. Начались «припадки», во время которых она говорила «бог знает что», но больше всего про мужчин, которые будто бы ее преследуют, упоминались и знакомые, которые бывали в доме, и случайные прохожие на улице. Конкретных обвинений не выдвигала. Только смотрела на врачей и молчала, как бы считая, что они сами должны знать. Но было совершенно ясно, что дело касается каких-то непристойных посягательств с их стороны. Перестала выходить на улицу и разговаривать с прислугой. Затем наоборот, никому ничего не говоря, уходила бесцельно бродить по городу. Чувствовала себя очень одинокой, «совершенно разбитой и уничтоженной». Нуждалась в том, чтобы кто-нибудь объяснил, что с ней происходит, «становилось все хуже, а объяснить было некому». Обвиняла родных в равнодушии, отсутствии помощи и сочувствия. Чувствовала тоску вдали от друзей и родных, бродила «опустошенная и потерянная». «Сегодня думала по-одному, а завтра по-другому», испытывала желание «делать всем назло», «никогда не знала меры». Потом постепенно «стала понимать, потому что видела, как это у других больных». Во время лечения начала переписку с Диком Дайвером. Все больше

влюблялась и идеализировала его. Как будто «переключилась», и состояние начало улучшаться. Но стоило Дику чуть задержаться с ответом на письмо, тут же следовал «взрыв лихорадочной тревоги». Когда Дик попытался предотвратить развитие их отношений, она отреагировала агрессивно: «Ненавижу доктора Грегори». «Мир Николь развалился, ей осталась только боль и пустота». Спустя некоторое время Николь и Дик поженились. Николь ощущала себя «слитой воедино с Диком навсегда», она жила «под гипнотическим воздействием его разума, невольным, но всегда опиравшимся на сложный субстрат истины». Последовала длительная ремиссия, а после рождения второго ребенка долгий рецидив. Затем снова ремиссия. Следующий «приступ» возник во время званного вечера, на котором Дик флиртовал с молодой актрисой Розмэри. «Бессмысленно хохоча, она уверяла, что в уборную войти нельзя, так как ключ брошен в колодезь». Через несколько недель «приступ» повторился, когда в отеле, где они проживали, Дик обнаружил труп и, чтобы обезопасить от внимания прессы Розмэри, принес Николь для стирки окровавленное одеяло. На коленях, схватившись за борт ванны, Николь раскачивалась из стороны в сторону и кричала: «Ты, все ты! Зачем ты пришел сюда – это единственное место на свете, где я могу побыть одна, - а ты пришел и еще принес мне окровавленное одеяло. Я не ждала, что ты будешь любить меня, я знала, что уже поздно». Отношения между Диком и Николь начали ухудшаться. Очередной «приступ» случился после того, как Николь прочитала письмо от пациентки в мании, которая обвиняла Дика в соблазнении своей дочери. Николь вцепилась в руль и направила машину, в которой кроме нее находился муж и их дети, с горной дороги в пропасть. Все обошлось, и она «весело захохотала, без страха, стыда и заботы». После того, как стало ясно, что разрыв неизбежен, Николь обесценила Дика. «Ее теперь раздражало все, что бы он ни делал. Она считала его виновным во всем». Появилась потребность в новых отношениях, в новом значимом близком. Повторно вышла замуж. О дальнейшей судьбе неизвестно.

Диагностические гипотезы: **1. Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип по МКБ-10 [Пограничное расстройство личности по DSM-V].** За: Детская травма – сначала потеря матери, потом сексуальное насилие со стороны отца; сложности в идентификации собственных чувств и неумение управлять ими; внутреннее ощущение пустоты; аффективная нестабильность; идеализация с последующим обесцениванием значимого близкого; нарушение границ межличностных отношений из-за неустойчивого образа «я»; импульсивное поведение (бездумная трата денег); суицидальное поведение; преходящие, вызываемые стрессом психотические переживания (параноидные идеи). Против: Некоторые психотические эпизоды были довольно длительными. **2. Биполярно-аффективное расстройство.** За: Перепады настроения, по времени подходящие под критерии депрессивной (не менее 2 недель) и гипоманиакальной (не менее 4 дней) фаз; психотическая симптоматика на высоте аффекта и конгруэнтная аффекту. Против: Перепады настроения могут быть объяснены событиями в окружающей действительности (новая социальная роль после рождения ребенка, ревность и т.д.). **3. ПТСР.** За: Возникновение через несколько месяцев после психотравмы; снижение настроения; эмоциональная отчужденность; влечение к больным, перенесшим похожую ситуацию; психотика по типу ориентированных сумерек??? (т.к. точного описания приступов нет). Против: Нет данных о характерных навязчивостях в виде флэш-бэков, кошмарных сновидений. **4. Истерические реактивные психозы.** За: Возникают непосредственно вслед за психотравмой; содержание психотических переживаний отражает содержание психотравмы; после разрешения психотравмы симптомы редуцируются самостоятельно; «выгодность» состояния в виде получения внимания и заботы. Против: Наличие симптоматики вне психоза.

Прогноз: относительно благоприятный.

Зельда Фицджеральд.

Анамнез: Наследственность отягощена. Бабушка и сестра бабушки Зельды совершили суицид. Отец был госпитализирован с нервным срывом в 1917 году. Ее брат совершил

суицид в психиатрической больнице в 1933 году. Одна из сестер с установившейся периодичностью имела «проблемы с нервами», другие сестры страдали от приступов депрессии. У дочери Фицджеральдов были проблемы с алкоголем, а их внук совершил самоубийство в возрасте 27 лет. Зельда была активным, общительным и впечатлительным ребенком, любила танцевать, посещала уроки балета и часто проводила свободное время на открытом воздухе. Несмотря на это, в школе у нее было мало друзей. В то же время, считаясь одной из красивейших девушек города, она имела заметный круг поклонников. Из школьного дневника Зельды: «Я каталась на мотоциклах мальчиков, жевала жвачку, курила на публике, танцевала щека к щеке, пила кукурузный ликер и джин. Я была первой, кто сделал себе прическу боб, и я могла себе позволить купаться обнаженной в лунном свете с мальчиками, а потом за завтраком делать вид, будто ничего не произошло». В 17 лет познакомилась с Фрэнсисом Скоттом Фицджеральдом. Несмотря на взаимное чувство, у них часто возникали разного рода разногласия, кроме того Зельда продолжала встречаться с другими мужчинами. В 1920 году (20 лет) поженились. Их жизнь состояла из частых скандалов (в том числе и на почве ревности), непомерного употребления алкоголя и множества эксцентричных выходок (Зельда могла купаться голый в фонтане, ехать на крыше и капоте машины, прийти на общественный пляж в купальнике телесного цвета, привлекая к себе внимая своей мнимой наготой и др.). Оба сорили деньгами без счета. В 1922 году (22 года) родила дочь. Мало уделяла ей внимания. В этот период Джон Дос Пассос описывал Зельду как «странную особу, которая эксцентрично разговаривает в сложной для понимания форме». В 1924 году «от скуки» завела роман с французским летчиком Эдуардом Жозаном, но когда он прервал отношения, совершила попытку суицида (выпила большую дозу снотворного). Отношения с мужем становились все более и более напряженными. Зельда решила попробовать себя в литературе, писала статьи и короткие рассказы для журналов, увлеклась рисованием. В августе 1925 года (25 лет), приревновав своего мужа к танцовщице Айседоре Дункан, бросилась с лестницы ресторана. В 27 лет она вдруг стала одержима балетом и практиковалась до изнеможения. Похудела до 45 кг. В 1928 году Эдмунд Уиллсон писал: «Зельда общалась с таким спонтанным колоритом и остроумием – почти так, как она писала, так что меня очень скоро перестал беспокоить тот факт, что разговор носил природу «свободных ассоциаций» идей и никто ничего не понимал». 23 апреля 1930 года Зельда поступила в клинику Мальмезоне дезориентированной, в состоянии крайнего возбуждения. Она была «навеселе» и призналась, что много пьет. В клинике наблюдались «бурные реакции и несколько попыток самоубийства, никогда не доводимых до конца», идеи преследования, смена эйфории депрессией и страхом, «каждый день казался пустым, бесплодным и безнадежным». 2 мая она самовольно покинула клинику. Однако в конце мая снова была госпитализирована в клинику Вальмон в Швейцарии. Из письма Зельды мужу: «Теперь я вижу странные вещи. У людей слишком длинные руки, а их лица, они как будто бы были набиты чем-то, и они выглядят крошечными и отдаленными, или внезапно непропорциональными». Спустя несколько месяцев у Зельды наступила ремиссия. Светлый промежуток длился 9 месяцев. После смерти ее отца болезнь вернулась. Теперь большую часть времени она проводила в различных клиниках, но продолжала активно заниматься творчеством: живописью, скульптурой, литературой. В одной из клиник она написала полуавтобиографический роман «Спаси меня, вальс». Примечательно, что одна мысль о свидании с мужем вызвала у Зельды сильную экзему, которую с трудом вылечили, а после этого свидания экзема вернулась снова. В 1936 году Зельду перевели в Хайлендскую больницу для душевнобольных в Ашвилле (Северная Каролина). Там у Зельды начался религиозный бред. Он замечен в романе «Вещи Цезаря», который она писала перед своей смертью, но так и не закончила. Она утверждала, что избрана богом для распространения его слов о конце света, называла себя солдатом Христа, утверждала, что находится в прямом контакте с богом. В 1948 году погибла при пожаре на территории госпиталя.

Диагностические гипотезы: **1. Биполярно-аффективное расстройство.** За: Наследственная отягощенность; эпизоды повышенной активности, злоупотребления алкоголем, снижения чувствительности к моральным нормам, усиления либидо, повышенной самооценки, творческой активности, беспорядочной траты денег, эйфории (более 4 дней); эпизоды сниженного настроения, суицидального поведения, ощущения пустоты и безнадежности (более 2 недель); ремиссии между этими эпизодами; психотическая симптоматика конгруэнтная аффекту. Против: Выраженная демонстративность поведения; импульсивность поступков; разрыхление ассоциаций???. парафренный бред со слуховыми псевдогаллюцинациями???. **2. Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип по МКБ-10 [Пограничное расстройство личности по DSM-V].** За: Склонность вовлекаться в интенсивные, напряженные и нестабильные взаимоотношения; импульсивность (трата денег, сексуальное поведение, злоупотребление алкоголем); рецидивирующее суицидальное поведение; аффективная неустойчивость; преходящие параноидные идеи или выраженные диссоциативные расстройства. Против: Выраженная психотическая симптоматика. **3. Истерическое расстройство личности.** За: Желание находиться в центре внимания; демонстративность поведения; лабильность эмоций; чрезмерная озабоченность физической привлекательностью; импрессионистский тип речи с недостатком внимания к деталям. Против: Выраженные аффективные расстройства, выраженная психотическая симптоматика. **4. Шизофрения.** За: параноидальные идеи; парафренный бред с слуховыми псевдогаллюцинациями???. разрыхление ассоциаций???. Против: Отсутствие негативной симптоматики и нарастания дефекта; выраженная аффективная симптоматика, появившаяся задолго до нарушений мышления; сохранение продуктивности творческой деятельности.

Прогноз: сомнительный.

Задание №4. На вопросы этого задания ответили практически все олимпийцы.

Правильный ответ **Кузьминой Д.В., г. Чита:**

Развитие бредовой идеи включает в себя несколько стадий (свойственно интерпретативному бреду):

1. Бредовое настроение – высокое чувство тревоги, на фоне которого появляются подозрения, ожидание и уверенность, что должно что-то случиться
2. Бредовое восприятие – чувство тревоги нарастает и окружающее начинает восприниматься по-особенному, любой предмет или явление могут приобрести для пациента особое значение.
3. Бредовое толкование – пациент находит объяснение этим «особым» явлениям и интерпретирует их по-своему.
4. «Кристаллизация» бреда - это возникшее в результате длительной «бредовой работы» или внезапно, путем озарения, полностью завершённое бредовое умозаключение с его четкой формулировкой. На этой стадии расширяется круг бредово интерпретируемых событий, явлений и устанавливаются понятные только больному связи между ними, возникает стройная бредовая система доказательств. Момент «кристаллизации» бреда приносит пациенту чувство душевного облегчения.
5. Регресс бреда – распад бредовой системы и появление критики к высказанным идеям.
6. Резидуальный бред – остаточные идеи.

Термин «*кристаллизация*» бреда ввел в употребление Балинский Иван Михайлович (1827 – 1902гг.) - один из основоположников психиатрии в России, основатель петербургской школы психиатров. Он участвовал в создании первой кафедры психиатрии в Петербургской медико-хирургической академии в 1857 году (до этого психиатрия не изучалась как отдельная дисциплина, её преподаванием занимались по совместительству

профессора других специальностей). Специально для студентов Балинским были разработаны лекции по психиатрии. Это единственный труд, который сохранился до нашего времени.

В лекции «Этиология и патогения душевных болезней» Балинский вводит понятие «приобретенное расположение» (возникающее вследствие ранее перенесенных различных заболеваний), а также подробно рассматривает различные причины возникновения психических заболеваний. Он придавал этому большое значение и всегда требовал от студентов подробного сбора анамнеза: «Только самые подробные сведения знакомят нас достаточно с личностью больного в физическом и моральном отношении; собирая их, врач должен всегда помнить, что настоящая болезнь представляет результат не одной какой-либо причины, но всех вообще предшествовавших ей болезнетворных влияний».

И.М. Балинский внес значительный вклад в создание учения о психопатиях: он рассматривал психопатию как патологию характера и был близок, к современному пониманию её как пограничного состояния, провел дифференциальную диагностику психопатий и психотических состояний.

В лекции «Всеобщий паралич умалишенных» психиатр описал 3 стадии течения прогрессивного паралича и неврологические симптомы, которые присущи этому заболеванию. Особое значение он придавал зрачковым симптомам – отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении реакций на конвергенцию и аккомодацию (известен как симптом Аргайла-Робертсона, но первое его описание принадлежит Балинскому).

Также на одной из лекций в Медико - хирургической академии им предложен термин «навязчивые идеи».

В своих лекциях Балинский уделял особое внимание уходу за психическими больными, условиям их быта, проводимым лечебным и реабилитационным процедурам, критиковал меры насильственного принуждения. Он изучал устройство психиатрических учреждений за границей, способы их управления, особенности законодательства и статистику психической заболеваемости в других странах.

По плану, разработанному И.М. Балинским, в 1859 году было проведено преобразование психиатрического отделения при 2-м Военно-сухопутном госпитале, а в 1867 году открыта новая психиатрическая клиника.

Задание №5. Автор картины в этом задании был известен немногим. Лучшая работа представлена **Сиразетдиновым Р.Р.** (г. Уфа).

1. На картине изображен начало моральной терапии пациентов с психическими расстройствами. В буквально смысле на картине мы видим героя, освобождающего от цепей и оков, слабых, никому не нужных, измученных душевными болезнями людей. В широком понимании мы наблюдаем за уничтожением жестокого обращения с пациентами психиатрических учреждений. Это историческое событие произошло 13 мая 1795 года в Париже, в госпитале для душевно больных Сальпетриер, построенном в 1656 году на месте бывшего порохового склада (от куда и унаследовала название), где в настоящее время располагается университетский больничный комплекс Сальпетриер-Питье.

2. Можно подумать, что события, произошедшие в 1795 году в госпитале Сальпетриер были начало новой эпохи в психиатрии, но это был уже более поздний акт. Впервые железные наручники упали с пациентов психиатрического учреждения 25 августа 1793 года в старинном французском замке, госпитале, исправительном доме и тюрьме под названием Беситр, который располагался недалеко от Парижа и где в настоящее время находится одноименный университетский больничный центр.



Филипп Пинель

3. Героєм-освободителем (стрелка №1) изображенным на картине является французский-врач, основоположник общественной,

клинической и научной психиатрии во Франции, создатель реформы содержания и лечения психически больных – Филипп Пинель.



Жан-Батист
Пуссен

Помощником Филиппа Пинеля (стрелка №2) является его наставник в практической психиатрии, бывший надзиратель госпиталя Беситр, один из инициаторов запрета цепей и оков в психиатрических учреждениях - Жан-Батист Пуссен.

4. Название картины, описание которой предоставлено в предыдущих трех пунктах - «Доктор Филипп Пинель освобождает от оков психически больных в больнице Сальпетриер в 1795 году».

5. Картина была написана в 1876 году. В 1878 году приобретена в коллекцию TheBritishMuseum, где находится и по настоящее время.



Тони
Робер-Флэри

6. Автором работы является французский художник работавший в жанре историческая живопись и портрет - Тони (Антуан) Робер-Флэри.

Задание №6. С этой загадкой многие участники олимпиады справились успешно. Особенно хотелось бы отметить работу **Прохорова Анатолия Сергеевича** (г. Чита).

Речь идет о *нейролингвистическом программировании (НЛП)*, которое представляет собой синтетическое направление в психотерапии, возникшее в результате слияния нескольких психотерапевтических школ: Милтона Эриксона (эриксоновский гипноз), Фрица Пёрлза (гештальт-терапия), Вирджинии Сатир (семейная психотерапия).

Основателями НЛП считаются американский психолог *Ричард Бендлер* и американский лингвист *Джон Гриндер*, которые в 1970-х годах в *Соединенных Штатах Америки*, в городе *Санта – Круз (штат Калифорния)* разработали данное направление. Гриндер внес свои лингвистические знания, а Бендлер – свой психотерапевтический опыт.

Концепция НЛП базируется на том, что существуют связи между нейрологическими, лингвистическими процессами и поведением (программирование), которые формируют субъективный опыт, что стало причиной названия этого направления психологии.

В основу НЛП легло копирование вербальных и невербальных паттернов поведения трех известных психотерапевтов: Милтона Эриксона, Фрица Пёрлза, Вирджинии Сатир. Суть НЛП заключается в том, что возможно рассмотреть структуру субъективного опыта людей, оценить их мыслительные и поведенческие стратегии, с последующим обучением успешным стратегиям. То есть путем замены старых «программ» на новые, успешные, создаются более продуктивные формы поведения и реагирования на внешние и внутренние стимулы. На основании данного учения было разработано большое количество различных техник, например, «Стратегия Уолта-Диснея», «Редактирование субмодальностей», «Метамодель», «Якоря» и другие, которые широко используются не только в психотерапии.

Многие исследователи считают нейролингвистическое программирование псевдонаучным, не имеющим доказательной базы, неэффективным направлением, однако, учитывая широкое применение НЛП не только в психотерапии, но и в других отраслях знаний, можно задуматься о том, что, возможно, данное направление имеет свое право на существование, как и немногие другие недоказанные и псевдонаучные учения.

Задание №7. Большинство участников олимпиады уверенно справились с решением ребусов.

Среди ответов олимпийцев выделяется работа **Недосека Н.Ю.** (г. Чита).

1. **Прозопагнозия** – лицевая агнозия (лицевая слепота, Бодамера симптом, Пещля-Гоффа синдром, синдром Шалтая-Болтая). При таком виде агнозии больные способны хорошо распознавать объекты окружающей среды, но затрудняются распознавать лица и их черты.

Первым термин «агнозия» ввел З. Фрейд, с греческого переводится как «недостаток знаний». Выделяют зрительную агнозию, которая в свою очередь делится еще на 6 форм: - апперцептивная (оптико-пространственная), - ассоциативная (предметная), - буквенная, - цветовая, - симультанная, и – лицевая (прозопагнозия). Прозопагнозия может быть врожденной, в виду генетических предпосылок, и приобретенной вследствие поражения головного мозга. Согласно статье О.А. Гончарова о прозопагнозии – впервые данный вид нарушения был описан Шарко и Вильбрандом в конце 19 века. Как отдельную единицу выделил Бодамер Йоахим в 1947г. Также данный феномен был изучен Бауэром, который данный вид нарушения назвал «Kluver-Bucysyndrom или disconnectionsyndrom», подобный феномен изучал у обезьян, у которых наблюдался разрыв зрительно-лимбической связи с двух сторон. В последующем Бауэр изучил данное нарушение у пациента с двусторонней височно-затылочной гематомой после ДТП. Прозопагнозию также наблюдают при синдроме Аспергера вследствие зрительной гипоземotionalности. Прозопагнозию описывал Льюис Кэрол в произведении «Алиса в стране чудес» - «Даже если встретимся, я тебя все равно не узнаю,- недовольно проворчал Шалтай...Ты так похожа на всех людей...Все на одно лицо: два глаза (дважды ткнул большим пальцем в воздухе) ... в середине нос, а под ним рот».

Изображено: пробка с отнятием последних 3х букв, перевернутая коза с отнятием 1й и 4й буквы, буква П, магнит с отнятием первой и последних 2 х букв, буква О, перевернутая изба с отнятием первых 2х букв, буква Я.

2. **Аутопагнозия** (расстройство схемы тела, синдром Pick, синдром Пика-Вернике, височно-теменной синдром) – расстройство ориентировки в отношении собственного тела или его частей. Признак поражения коры доминантной гемисферы головного мозга. Выделяют формы:- аутопагнозия гемикорпа (гемисоматоагнозия), -пальцевая агнозия, аутопагнозия позы,- нарушение ориентировки в правом и левом (симптом Schilder). Часто аутопагнозия сочетается с афазией, агнозией, деменцией. Впервые данный феномен изучен в 1908 году чешским психиатром А.Pick.

Согласно Г.В. Морозову, аутопагнозия – неузнавание частей собственного тела. Данный раздел относится к психосенсорным расстройствам, а именно к расстройствам схемы тела (аутометаморфопсии).

Изображено: паук с последующим отнятием 1й и 4й букв, лото с последующей сменой буквы «Л» на «Т», буква П, перевернутый газ с отнятием 1й буквы, перевернутый озон с последующей сменой буквы «Н» на «И», буква Я.

Задание №8. Для ответа на этот вопросы понадобились знания по клинической психологии.

По мнению жюри наиболее развернутым оказался ответ **Виняр А.И., г Санкт-Петербург.**

1) Представлена методика «исключение лишнего». Обычно пациенту даются 4 слова или 4 карточки с картинками, и необходимо найти лишнее среди них. Этим проверяется способность мыслить абстрактно, способность выделения главного, способность к обобщению. В данном случае определяется нарушение мышления: уровень обобщения снижен, характерно объединение трех предметов в группу с помощью представления конкретных ситуаций, взаимосвязи этих предметов друг с другом, «общий» взгляд на предметы вне какой-либо конкретной ситуации невозможен. Так же пациент исключил

один предмет, потому что этим предметом можно сделать какую-либо манипуляцию с остальными предметами (включенное радио будет мешать остальным трем предметам), что так же указывает на снижение уровня обобщения, преобладает конкретное мышление, абстрактное невозможно. Такие нарушения мышления характерны для органического заболевания головного мозга.

2) Представлена методика толкования пословиц. Просят объяснить смысл пословицы своими словами (в данном случае дана пословица «цыплят по осени считают»). Эта методика может выявить нарушение построения логических связей, нарушений целенаправленности мыслительного процесса у больных шизофренией. Для больных органическими заболеваниями головного мозга характерно конкретно-ситуативное толкование пословиц, объяснение пословиц конкретной жизненной ситуацией, или толкуют пословицы буквально. В данных примерах наблюдается искажение смыслового значения пословиц, стройность и целенаправленность мышления нарушены, логические связи патологичны, что характерно для больных шизофренией (ставить диагноз на основании одной пословицы нельзя).

3) Представлена «Методика пиктограмм». Больному предлагается список понятий, для каждого из которых он должен нарисовать рисунок, максимально четко и понятно для него, так, чтобы потом, глядя на этот рисунок, он мог вспомнить, какое это было слово или словосочетание. Оценивается возможность построения связи понятия и изображения, более важным является не сам рисунок, а его объяснение и интерпретация. В данном примере отмечается актуализация латентных признаков, характерная для больных эндогенными заболеваниями (шизофрения). Больной продолжает рассуждать непоследовательно, отмечается некое резонерство в его мышлении, стремление связать несвязуемое, обобщить необобщаемое, видит связи там, где их нет. Больной видит два смысла в слове «тяжелый» (трудный, сложный и физически тяжелый по массе) и пытается объединить их вместе в понятии книги.

Задание №9. В этом задании участникам олимпиады предлагалось взломать шифр. Некоторые участники сдались на пути прохождения "квеста", но далеко не все!

Блестящие навыки криптоанализа проявил **Гусев Д.Д. (г. Тула).**

В подсказке зашифрован текст. Каждая строка соответствует предложению нижеследующего текста, отдельные буквы зашифрованы в последовательности цифр вида X.Y, где X – порядковый номер слова в предложении, Y – порядковый номер буквы в этом слове. Вероятно, в шифре есть неточность – в последней строке указан код 7.6, но седьмое слово последнего предложения («его») состоит как максимум из трех букв. Зашифрованный текст предлагает посмотреть видео «Недовольство от снегопада». В данном видео представлен монолог человека (попытка интервью?), рассуждающего о снегопаде. Исходя из того, что речь человека, представленного в данном видео, характеризуется сохранностью грамматического строя при отсутствии смысла монолога в целом и на уровне отдельных фраз, случайности возникающих ассоциаций, можно заключить, что загаданный симптом – Шизофазия или разорванность мышления. Шизофазия является расстройством ассоциативного процесса мышления, наиболее характерным для шизофрении. Следует заметить, что данное видео также представлено под названием «Шизофазия. Недовольство от снегопада».

Нижеприведенный текст же содержит описание онейроидного синдрома (онейроида) – качественного расстройства сознания с развернутыми картинками фантастических галлюцинаторных переживаний, в которых человек является участником переживаемой псевдогаллюцинаторной ситуации, характеризующегося двойной ориентировкой.

Задание 10. В заключительном задании нужно было отгадать загадку. С ним уверенно справился **Корчагин В.А. (г. Москва).**

1. **Николай Андреевич Римский-Корсаков** (18 марта 1844 г.- 21 июня 1908 г.) Российский композитор, педагог, дирижёр, общественный деятель, музыкальный критик; участник «Могучей кучки».

Кандинский Василий Васильевич (16 декабря 1866 г.- 13 декабря 1944 г.) Русский художник и теоретик изобразительного искусства, стоявший у истоков абстракционизма. Один из основателей группы «Синий всадник». Дядя философа Александра Кожевникова. **Дополнение:** (На фото: Василий Кандинский с котом Васькой в Севре, 1906 год).

2. (Важные фразы выделены жирным шрифтом и курсивом)

Николай Андреевич Римский-Корсаков (1844, Тихвин – 1908, Любенск, близ Луги), русский композитор, дирижер, педагог, теоретик искусства, литератор. Родился в дворянской семье. В 1856 году поступил в петербургский Морской корпус, по окончании которого участвовал в трехгодичном плавании на клипере «Алмаз». В 1861 году познакомился с М.П. Балакиревым, М.П. Мусоргским, В.В. Стасовым, став членом Балакиревского кружка («Могучей кучки»), под воздействием которого формировались его эстетические взгляды, определялась направленность творчества, круг тем и жанров. В 1870-е годы музыкальная деятельность Римского-Корсакова расширилась. Он стал профессором Петербургской консерватории, инспектором Музыкантских хоров Морского ведомства, директором Бесплатной музыкальной школы, дирижером. В середине 1870-х годов он интенсивно работал над совершенствованием своей композиторской техники. Сочинения этих лет отмечены изобретательностью, но – и некоторой скованностью творческой фантазии. Новый подъем творчества связан с обращением композитора к народной песне. Увлечение фольклором, древне-славянскими мифами отразилось в опере «Майская ночь» (1878 – 1879 годы) и «Снегурочка» (1880 – 1881 годы). Творчество Римского-Корсакова 1880-х годов связано с симфоническими жанрами. Им создана опера-балет «Млада» (1889 – 1890 годы), в которой близкие творчеству композитора ритуально-обрядовые элементы, развитые народные сцены и фантастические эпизоды соединяются с обилием декоративных эффектов. В начале 1890-х годов в творчестве Римского-Корсакова наступил перерыв, связанный со смертью матери и двоих его детей. Маэстро погрузился в изучение философии, написал ряд статей, задумал собственное музыкально-эстетическое исследование. В середине 1890-х годов начался новый период творчества. Ведущим жанром этого периода была опера. Начиная с оперы «Моцарт и Сальери» (1897 год) творчество композитора сосредоточивается, главным образом, на проблемах внутреннего мира человека, на лирико-психологических и драматических образах. В этот же период времени он создает более сорока романсов и несколько кантат. В начале 1900-х годов творчество Римского-Корсакова обогатилось новыми чертами. Тяготение к эстетике чистого созерцания, к любованию красотой оказалось близким композитору. Новые тенденции отчетливо проявились в опере «Сказка о царе Салтане» (1899 – 1900 годы), «осенней сказочке» «Кашей бессмертный» (1901 – 1902 годы), в которых сказочная тематика приобретает условную, символистско-аллегорическую трактовку. Крупнейшей работой этого периода стала опера «Сказание о невидимом граде Китеже и девице Февронии» (1902 – 1904 годы). Завершает творческий путь Н.А. Римского-Корсакова опера «Золотой петушок» (1906 – 1907 годы). Музыка маэстро на протяжении почти сорока лет подверглась изменениям, отражающим потребности времени, его эстетические взгляды и стиль эволюционировали. Круг тем и сюжетов, выбранных композитором, многообразен. С наибольшей полнотой его дарование выявилось в произведениях, связанных с миром фантастики и разнообразными формами народного творчества. Выявляя философский подтекст фольклорных жанров, композитор раскрывает мировоззрение народа, его утопическую мечту о вечном счастье, его нравственные и

эстетические идеалы. В творчестве Н.А. Римского-Корсакова органично соединяется опора на русский музыкальный фольклор и на традиции национальной классики с широким развитием живописно-колористических тенденций романтического искусства, упорядоченностью и уравновешенностью всех элементов музыкального языка. Композитор вводит в свои произведения подлинные народные песни и создает собственные мелодии в духе народных. Песенные интонации окрашивают и лирическую мелодику композитора. Гармоническое мышление маэстро отличается строгой логичностью, ясностью, в нем ощущается рациональное организующее начало. Особенности стиля и художественного метода композитора с наибольшей полнотой раскрылись в оперной музыке. 15 опер Римского-Корсакова представляют собой необычайное разнообразие жанровых, драматургических, композиционных и стилистических решений. Подчеркивая главенствующую роль вокального начала в опере, Римский-Корсаков уделял огромное внимание и оркестру, особенно – в многочисленных живописно-изобразительных эпизодах. Композитор симфонизирует оперу, насыщая ее сквозным развитием основных интонационно-тематических комплексов. За 37 лет работы в консерватории Римский-Корсаков воспитал более 200 композиторов. Среди его учеников А.С. Аренский, И.Ф. Стравинский, С.С. Прокофьев, А.К. Глазунов... Значительный вклад внес композитор в развитие музыкальной культуры России и организации учебного процесса. Ценнейший материал по истории русской музыкальной культуры второй половины XIX века содержит его автобиографическая книга «Летопись моей музыкальной жизни» (1876 – 1906 годы).

Римскому-Корсакову было 46 лет, и это был вполне опытный и зрелый человек, прошедший в морских походах несколько лет. **Возможно, именно поэтому так интенсивно поглощаемые им труды европейских мыслителей в итоге не сказались на его психике столь роковым образом. Метафизическая интоксикация только постучалась в его двери и – ушла. Но стучалась она к Римскому-Корсакову на протяжении четырех лет.** «В 1891 году возникает у Корсакова состояние **нервного возбуждения, искавшее выхода в лихорадочной работе мысли. Он начинает писать книгу с необъятно расплывчатым содержанием...** Набросав некоторые разделы, композитор обратил свое беспокойное внимание к темам философским, принялся за чтение «Истории философии» Дж. Льюиса, а потом и трудов Г. Спенсера, Б. Спинозы, торопливо заноса на поля книг свои соображения, уже не умея остановить все ускоряющийся ход испортившихся часов. **Появились навязчивые мысли о религии, о примирении с Балакиревым – признаки переутомления психики. Забывчивость и рассеянность порой доходили до мучительной остроты.** Доктора настойчиво рекомендовали отдых».

Расколота система мироздания Н.А. Римского-Корсакова восстанавливалась медленно. И новым опорным камнем для композитора стал русский национальный фольклор, в котором он **отыскал структурирующие психику человека национальные архетипы** (конечно, не называя их таким образом). Древние базисные понятия, вбиравшие в себя многозначные и вечные смыслы, стали для Римского-Корсакова **психологической опорой, позволившей ему преодолеть отраву метафизической интоксикации и боль депрессии.** Ему и прежде была интересна тема фольклора – его всеобъемлющее содержание и высокий смысл, раскрывающийся исподволь, а то и навсегда остающийся загадкой, но, тем не менее, дающий человеку какую-то тайну, без которой его жизнь кажется выхолощенной и скудной.

Его интуитивная аутопсихотерапия, использовавшая в качестве базисной опоры национальные женские архетипы, оказалась эффективной: он возвратился к музыкальному творчеству, **его оставили депрессия и метафизическая отравка.** Римский-Корсаков осуществил **ресинтез своей личности и психики на базе вековой системы национальных традиций,** а его наглухо застегнутый сюртук и декларации о том, что «после смерти ничего нет» не стали препятствием для неосознанного постижения

иррациональных (с точки зрения позитивизма) идей, легитимизированных К.Г. Юнгом в XX веке.

Василий Васильевич Кандинский, кузен В.Х.Кандинского, известный художник, считающийся основоположником абстрактной живописи, начинал свой профессиональный путь как юрист. В 1892 г. он окончил юридический факультет Московского университета, а в 1893 г. стал доцентом этого учебного заведения. Перед ним открывалась вполне определенная научная карьера. Однако в 1896 г. Кандинский отказался от предложенной ему кафедры в Дерптском университете и связал свою судьбу с живописью. Прежде искусство занимало его лишь в свободное время, поглощая, впрочем, всецело.

Первые его шаги в живописи были достаточно характерными для того времени. Среди интересовавших Кандинского художников были И.Левитан, И.Репин, В.Поленов, В.Борисов-Мусатов, И.Билибин - мастера, писавшие в достаточно традиционной манере. Однако довольно скоро он отошел от прежних ориентиров и отправился на поиски новых форм и изобразительных средств. В истории живописи немного найдется мастеров, получивших широкое признание фактически всего за десять лет серьезных занятий искусством. Полотна и акварели Кандинского охотно раскупались, его работы выставлялись почти по всей Европе.

Концептуальный кризис, случившийся в естествознании и совпавший с этим периодом творчества художника, оказал на него большое влияние. Сам Кандинский говорил о том, что разложение атома стало для него подобным внезапному разрушению мира. И здесь снова заставляют вспомнить о себе общие для Кандинских восточно-сибирские предки - «одушевленная до последнего атома вселенная» внезапно рухнула для художника. Разложение микромира на составные части словно продемонстрировало зыбкость макромира, вдруг ставшего неуютным и хрупким.

В 1908 г. Кандинский купил дом в Мурнау, близ Мюнхена. Этот период времени характеризуется для художника манерой, которая все в большей степени отнимала у объектов их реальные очертания, хотя люди, пейзажи и предметы еще были вполне различимы на его полотнах.

В 1910 г. он пишет «Первую абстрактную акварель». В дальнейшем абстрактная живопись сначала частично, а затем и абсолютно становится тем направлением, с которого Кандинский уже не сойдет. Хаос абстрактных пятен сменил гармонию образов. Пусть живопись мастера и до периода абстракции нельзя назвать вполне реалистической, но на его полотнах все же внятно были видны человек, пейзажи интерьер. В 1910 г. колористическое безумие выплеснулось на холсты, вызвав недоумение или восхищение зрителей и теоретиков живописи. Быть может, тогда Кандинский стал бодхисатвой?

Цвет стал в творчестве Кандинского (литератора и живописца) главным действующим лицом, способным передать настроение, эмоции и мысли автора. Предметы стали ненужными. В живописи мастера они бы выглядели тавтологией, плеоназмом.

Если попытаться вникнуть в цветовую систему Кандинского, то можно увидеть, что предчувствия революции и мировой войны, а далее - войны гражданской звучат в его картинах довольно отчетливо («С красным пятном», 1911; «Композиция VII», 1913). Смутная неопределенная тревога во внешне благополучном, чуть ли не благом мире прозвучала будоражающим диссонансом. В 1913 г. художник пишет картину «Страшный суд и Всемирный потоп», где уже не только цветовая гамма, но и само название пророчат грядущие катаклизмы. Бодхисатва подсказывал людям: пришла пора остановиться.

И это предвидение мировой войны у Кандинского не единственное предсказание. В 1933 г. он пишет картину «Развитие в коричневом», словно имея в виду наступающий на Европу фашизм. В 1920-е годы в его полотнах можно увидеть фигуры, напоминающие ЛЭП («Композиция VIII» или «Сюита № 424»), корпуса установок для запуска космических аппаратов («Налево») и несколько позднее - подобия искусственных спутников Земли («Последняя акварель», 1944). Кандинский словно читал какие-то тексты

на незнакомом языке и, не поняв их содержания в целом, уловил общую тональность наступающей эпохи...

Можно ли говорить о психическом заболевании у В.В.Кандинского? *Конечно, ряд персональных особенностей художника нет-нет да и наводит на подобные соображения. Пунктуальность и аккуратность, столь несвойственные живописцам (день, рассчитанный по минутам и неизменный галстук даже при работе в ателье с масляными красками), многосторонняя одаренность (живопись, литература, организаторский талант, кинематограф, театральная сценография, эскизы мебели и ювелирных украшений), пресловутая резкая смена жизненного направления (из юристов - в живописцы), непреходящий интерес к мистической литературе (Елена Блаватская, Рудольф Штайнер и пр.) выглядят не более чем, может быть, немного странно или экстравагантно. А с учетом тогдашних модных философских течений некоторые «странности» таковыми считать не приходится вовсе.*

Странный ход мыслей В.В.Кандинского, его парадоксальное мышление, проявившееся не только в живописи, но и в литературе, а главное, само творчество художника, столь ярко демонстрирующее такой известный психиатрический феномен, как «инакомыслие» (нестандартное мышление, развивающееся парадоксальным образом), как кажется, говорят о том, что психическое заболевание, быть может, и не коснулось своим крылом Кандинского-художника в отличие от Кандинского-психиатра. Но колебания воздуха, вызванные этим крылом, пробудили тот оригинальный дар, без которого Кандинский-художник, возможно, остался бы в ряду эпигонов Поленова и Левитана или стал еще одним в длинном ряду экспрессионистов, но отнюдь не первым в истории живописи абстракционистом.

Предвидение событий будущего В.В.Кандинским, как и многими другими людьми, прошедшими по грани между психическим заболеванием и психическим здоровьем, порой изумляет. Этот феномен совершенно необъясним с точки зрения материализма, и Кандинский-психиатр так и не смог предложить убедительной версии «угадывания мыслей» в своей работе. Однако, как кажется, все становится достаточно понятным, если, отказавшись от материализма, обратиться к другой системе доказательств.

Кандинский-психиатр считал, что «...цепь умозаключений, имея точкой исхода конкретные факты опыта, должна, не прерываясь восходить до высших обобщений нашей мысли» (1890). То есть, используя аппарат левого, аналитического полушария головного мозга, ученый шел, поднимаясь по лестнице истины, не только не пропуская ни одной ступени, но и подолгу задерживаясь на каждой из них. В результате этого он, безусловно, поднявшись над современным ему уровнем психиатрической науки, все же не достиг цели. Между тем, сейчас известно, что хроническая перегрузка именно левого полушария является одним из многочисленных шизофреногенных факторов.

Кандинский-художник сразу оказался на нужной высоте, презрев каждую ступеньку в отдельности. Отказавшись от «контроля разума» по А.Бретону, то есть отключив аналитическую функцию левого полушария, он правым полушарием - органом синтеза и интуиции воспринял все то, о чем рассказали позднее его картины. И здесь снова возникает параллель между характером творчества В.В.Кандинского и традициями его предков: «совершенно-мудрый... осуществляя учение, не прибегает к словам», сказано в даосской Книге перемен.

Предвидения и пророчества, известные в истории человечества, неопровержимо доказывают существование Бога. Только при этом условии иногда становится возможным «прочитать» то, что было предопределено и записано на каком-то носителе информации. Ведь если кто-то может что-то прочитать в грядущем, необходимо, чтобы Кто-то все это предварительно написал... Проблема только в том, что доступ к этой информации возможен не для всех, но лишь для избранных. Что же является критерием этой избранности? Что, говоря стихами Б.Ахмадулиной, возводит «меж теменем и меж звездой прозрачный перпендикуляр»?

Может быть, тот самый симптом «открытости мысли», описанный психиатром В.Х.Кандинским позволил его кузену, художнику В.В.Кандинскому, предвидеть будущее? Только симптом этот распространялся не на людей, как полагал Кандинский-психиатр, а на самого Творца. И именно Его мысль стала понятной Кандинскому-художнику, Кандинскому-бодхисатве.

И не предсказывает ли, в таком случае, грядущую встречу с инопланетянами картина Кандинского «Голубое небо»? На фоне безоблачно-голубого неба изображены странные фантастические существа, не имеющие ничего общего с земными организмами и, несмотря на это, явно живые. Они парят в небесах и ждут, когда же мы наконец их увидим.

3. **Патология:** Синдром Корсакова, (Корсаковский амнестический синдром или Корсаковский психоз неалкогольный) — разновидность амнестического синдрома, возникает вследствие нехватки витамина В1 по причине нарушений питания, часто после травм головного мозга, опухолях мозга, острой гипоксии, при старческих сосудистых нарушениях и старческих дегенеративных (атрофических) процессах в тканях мозга, встречается также при диффузных органических и интоксикационных поражениях главным образом лимбических и корковых структур головного мозга.

Основой синдрома является фиксационная амнезия, то есть невозможность запоминать текущие события при частичном сохранении памяти на прошлое. В связи с этим возникает «амнестическая дезориентировка», то есть нарушение ориентировки, вызванное амнезией: больные не знают, где они находятся, при нахождении в больнице не могут найти свою койку, не могут назвать число, месяц, год. Главным образом это дезориентировка во времени. Кроме того, имеется нарушение ориентировки в пространстве и окружающей действительности. Помимо перечисленного, могут наблюдаться парамнезии, в основном в виде конфабуляций (когда больной сообщает о вымышленных событиях, никогда не имевших места в его жизни) или псевдореминисценций (обманы памяти в виде смещения во времени событий), но могут наблюдаться и криптомнезии. Могут быть проблемы с концентрацией внимания. Кроме того, наблюдается ретроградная амнезия и антероградная амнезия. В отличие от синдромов помрачения сознания, при Корсаковском синдроме процесс получения информации об окружающем мире не затруднён и имеется относительная сохранность прошлого опыта и интеллекта. Всё это позволяет больному составлять общее правильное представление о ситуации. У себя дома или в своём дворе больной Корсаковским синдромом не чувствует себя дезориентированным. Тем не менее, оказавшись в больнице, больной не может найти туалет или свою койку. В эмоциональном плане у больных могут преобладать эйфория и благодушие или, наоборот, безразличие и вялость.

Считаю, что в этом задании загадана именно эта патология, так как Николай Андреевич Римский-Корсаков «чуть дальше от психиатрии», чем Василий Васильевич Кандинский.

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 VII Всероссийской олимпиады студентов
и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии
«Игры разума-2020»