

Российское общество психиатров

Совет молодых ученых

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



**Заочный теоретический тур IX Всероссийской олимпиады студентов и молодых
ученых по психиатрии и клинической психологии
«Игры разума – 2022»**

ИТОГИ

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

В заочном теоретическом туре IX Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума-2022» приняли участие 76 студентов и молодых ученых, которые представили следующие организации и города:

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа; Белгородский государственный национальный, исследовательский университет, Белгород; Владимирский государственный университет имени А.Г. и Н.Г. Столетовых, Владимир; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург; Городская больница № 4 города Улан-Удэ, Бурятия; Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк; Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск; Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар; Марийский государственный университет, Йошкар-Ола; Московский институт психоанализа, Москва; Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой, Москва; Научный центр психического здоровья, Москва; НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН, Томск; Омский государственный медицинский университет, Омск; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург; Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Пермь; Президентский физико-математический лицей № 239, Санкт-Петербург; Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород; Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург; Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского,

Саратов; Сибирский государственный медицинский университет, Томск; Тверской государственный медицинский университет, Тверь; Тульский областной наркологический диспансер №1, Тула; Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень; Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург; Читинская государственная медицинская академия, Чита; Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары.

Уважаемые участники!

Поздравляем вас с завершением олимпиады «Игры разума- 2022»!

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

Предлагаем вашему вниманию правильные и лучшие ответы на задания олимпиады:

ЗАДАНИЕ 1

Автор лучшего ответа: Бедоева Ксения Олеговна, г. Краснодар

К.О. Бедоева дала чёткие, ясные, верные ответы на вопросы, поставленные в задании.

1. Синдром отмены (F11.3). Бесспорный признак опиомании, проявляется в виде тревоги, беспокойства, развивается, как правило, после 8-16 часов после употребления привычной дозы наркотика. Возникновение синдрома отмены свидетельствует о второй (средней) стадии зависимости, и формируется примерно через 2 недели – 1,5 месяца после начала систематического употребления опиоидов.

2. Синдром зависимости от опиоидов (F11.2xx). Синдром зависимости заменяет собой понятие «наркологическая болезнь», как нозология.

3. Рассказ Михаила Афанасьевича Булгакова «Морфий» (1926 год).

ЗАДАНИЕ 2

Автор лучшего ответа: Королева Юлия Игоревна, г. Томск

Ю.И. Королева, кроме верного ответа на вопросы, сформулировала критерии длительного психического расстройства вследствие употребления вещества, описанного в задании.

1. Данный отвар – отвар Аяваски (Аяхуаски). Лиана, из которой готовится данный отвар, называется у индейских племен «Лозой духов», поскольку древние жители индейских племен Шипибо верили, что после смерти душа человека поднимается по лозе лианы к Богам или спускается к умершим предкам. Дословно с языка кечуа название Ayahuasca переводится как «лиана духов» (aya — дух, душа, huasca — лиана).

Основное действующее вещество (их 2) – гармин и гармалин (бета-карболиновые алкалоиды, являющиеся ингибиторами MAO, обладают выраженным антидепрессивным эффектом, оказывают стимулирующее действие на центральную нервную систему), содержится в коре и лозе лианы.

В листьях растения Чалипонга содержится N-диметилтриптамин, психотропный алкалоид. Принятый отдельно внутрь per os он не страшен, поскольку разрушается в желудочно-кишечном тракте, но при совместном употреблении с Аяваской – алкалоиды «Лозы духов» препятствуют разрушению и N-DMT проникает в мозг.

2. Длительное расстройство восприятия, вызванное галлюциногенами (hallucinogen persisting perception disorder, HPPD). Это расстройство, характеризующееся наличием нарушений сенсорного восприятия, чаще всего зрительного, напоминающих нарушения, вызванные употреблением галлюциногенов (появление «флэшбеков»). Ключевая особенность — сохранение изменённого восприятия, иллюзий, галлюцинаций, синестезии или деперсонализации и дереализации долгое время спустя приёма, когда психоделик или галлюциноген уже выведен из организма. То, что человек ранее принимал галлюциногены, является необходимым условием для постановки данного диагноза согласно DSM-V. В МКБ-10 вместо термина «HPPD» используется термин «психические

и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов, резидуальные и отсроченные психотические расстройства» (код F16.7).

Согласно DSM-5 есть 3 критерия для постановки данного диагноза:

- (А) после прекращения использования галлюциногенов (в том числе после однократного употребления), возникает повторное переживание одного или нескольких перцептивных симптомов, которые были испытаны во время опьянения галлюциногенами;

- (В) симптомы, указанные в критерии (А), вызывают клинически значимые расстройства или нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования;

- (С) эти симптомы не обусловлены общим состоянием здоровья (например, анатомическими поражениями и инфекциями головного мозга, зрительными эпилепсиями) и не лучше объясняются другими психическими расстройствами (например, делирием, деменцией, шизофренией) или гипнопомпическими галлюцинациями.

Перед диагностикой НРРД следует исключить ПТСР, деперсонализацию, дереализацию и другие состояния. Кроме того, следует исследовать и исключить другие причины зрительных нарушений, такие как анатомические поражения, инфекции головного мозга, эпилепсия, шизофрения, состояние делирия или гипнопомпические галлюцинации.

Важно, что:

- симптомы, длящиеся всего несколько дней после приёма галлюциногена, недостаточны для установления диагноза НРРД;

- простое видение ярких пятен перед глазами при входе в тёмную комнату не должно соответствовать критериям диагноза НРРД.

Были выявлены и описаны два основных типа НРРД:

- НРРД типа I: краткосрочный, обратимый и доброкачественный курс течения. Хотя визуальные образы могут вызывать неприятные ощущения, повторное переживание "трипа" может не приводить к серьёзным беспокойствам, расстройствам и нарушениям в семейных, социальных, профессиональных или других важных сферах жизни человека. Прогноз, как правило, хороший.

- НРРД типа II наоборот имеет долгосрочный, необратимый или медленно обратимый и усугубляющийся ход течения. Нарушение НРРД типа II является серьёзным, и прогноз хуже. Некоторые из пациентов не могут адаптироваться и жить с этим длительным ощущением «трипа», и им необходимо постоянно поддерживать своё состояние лекарственными препаратами.

Следует также отметить, что визуальные искажения не являются истинными галлюцинациями в клиническом смысле этого слова. Люди с НРРД понимают, что их видения иллюзорны, или являются псевдогаллюцинациями, таким образом присутствует критика болезни (в отличие от таких психических заболеваний, как шизофрения).

ЗАДАНИЕ 3

Автор лучшего ответа: Шуравин Павел Васильевич, г. Москва

П.В. Шуравин единственный дал полностью верный ответ на вопросы данного задания.

1. Перефразирование помогает клиенту лучше понять собственные **мысли и чувства**, когда

он слышит свой рассказ устами другого человека.

2. Отражение **эмоций** показывает клиенту, что его понимают, и может побудить человека более подробно рассказать о себе.

3. Если клиент говорит путано, перескакивает с одного на другое то,

перефразирование привносит порядок, акцентирует существующую последовательность.

Перефразирование – это повторение своими словами содержания высказываний клиента.

ЗАДАНИЕ 4

Автор лучшего ответа: Несен Дмитрий Александрович, г. Белгород
Д.А. Несен изложил свой ответ достаточно компактно, но вместе с тем подробно и стилистически качественно.

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) впервые за последние 18 лет одобрило препарат от болезни Альцгеймера – **Адуканумаб (торговое название – Aduhelm)**. Болезнь Альцгеймера – это наиболее распространенная форма деменции, от которой во всем мире страдают около 50 млн человек. Главной причиной данного нейродегенеративного заболевания считается накопление β -амилоидных бляшек в головном мозге.

Итак, нам же необходимо разобраться, в чем преимущества и недостатки данного препарата, можно ли его вообще применять при БА, есть ли доказательная база безопасности, эффективности, почему его FDA одобрила без достоверных, противоречивых исследований.

Начнем наше расследование с выделения положительных сторон:

- Во-первых, **Адуканумаб, или ВПВ037**, – это моноклональное антитело IgG1, действующее против внеклеточных β -амилоидных бляшек в головном мозге (аналогичен гантенерумабу, бапинезумабу и соланезумабу). Адуканумаб – это рекомбинантное антитело, полученное от пациентов с медленным или отсутствующим когнитивным снижением. Таким образом, в отличие от других способов лечения болезни Альцгеймера, которые действуют лишь на её симптомы, адуканумаб борется против её причины – скоплений β -амилоидных бляшек.

- Ссылаясь на некоторые источники известно, что **препарат успешно прошел три стадии клинических исследований**, в которых участвовало около 3,5 тыс. пациентов. Данные клинических испытаний 1b фазы показали, что **у пациентов, получавших адуканумаб, наблюдается уменьшение количества β -амилоидных бляшек**. Клинические испытания показали, что у пациентов, принимавших адуканумаб, **наблюдалось замедление прогрессирования заболевания**. По результатам обследования когнитивного статуса по шкале Mini-Mental State Examination и клинического рейтинга деменции (CDR), у пациентов, принимавших адуканумаб, наблюдались признаки замедления прогрессирования заболевания.

- Дословно цитируя мнение FDA («есть ожидания клинической пользы, несмотря на сомнения, которые остаются по поводу этой пользы»), можно предположить что, поскольку во всех ветвях испытаний амилоидные бляшки в мозге пациентов стали меньше, то можно рассчитывать на то, что лекарство все-таки проявит себя и против внешних признаков болезни. Необходимость в новом лечении болезни Альцгеймера назрела давно: в настоящее время более 6 миллионов американцев живут с болезнью Альцгеймера, и ожидается, что это число будет расти по мере старения населения. Более того, болезнь Альцгеймера является шестой основной причиной смерти в США. Вместе с тем, разработчикам предстоит провести четверту. пострегистрационную фазу испытаний и подтвердить, что адуканумаб действительно улучшает когнитивные функции у пациентов. Если доказать это не получится, FDA оставляет за собой право отозвать свое разрешение.

А собственно недостатками Адуканумаба являются:

- Первый заключается в том, что компания Biogen не дала убедительного ответа, почему результаты исследований были разными. Возможно, дело было в том, что в одной из групп встретился особенно "неподдающийся" вариант болезни. Возможно, дело в дизайне исследований. Без дополнительных проверок нельзя выпускать препарат в клинику, считают критики.

- Вторая проблема связана с возникающими побочными эффектами. Треть участников исследования столкнулась с отеком головного мозга, а каждый пятый — с головными болями. Впрочем, у большинства пациентов отек прошел без последствий и даже заметных симптомов. Однако критики предупреждают, что чужеродные антитела в организме некоторых людей могут вести себя необычным образом. И это тоже нужно изучить.

- И наконец третий минус - цена. Годичный курс лечения "Адуканумабом" будет стоить 56 тысяч долларов. И это не считая обследований, которые необходимы для мониторинга. Если результаты не подтвердятся, семьи пациентов потеряют деньги.

ВЫВОД: Несмотря на то, что в 2020 году комитет экспертов в области неврологии FDA вынес отрицательный вердикт в ответ на заявку о регистрации препарата, в июне 2021 года FDA все-таки одобрило по ускоренной процедуре данный препарат, что вызвало немало критики. **В FDA признали, что препарат был одобрен только предварительно!!!** В будущем компания Biogen обязалась провести еще одно исследование (FDA дало компании 9 лет для проведения другого клинического исследования с использованием клинических критериев эффективности), и если эффект не подтвердится, разрешение отзовут. Для лечения Адуканумабом пациентам необходимо будет пройти исследование: ПЭТ-сканирование и анализ спинномозговой жидкости. По мнению Антона Порстейнссона, директора Образовательной и исследовательской программы по лечению болезни Альцгеймера (AD-CARE) в Рочестерском университете, пациент должен соответствовать определенным критериям. Прежде всего, у него должна быть начальная или средняя стадия болезни Альцгеймера. На пациентах с поздней стадией препарат не тестировали. Пока США остается единственной страной, где можно легально получить препарат. Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA) препарат не одобрило вообще. О позиции Минздрава России ничего неизвестно.

ЗАДАНИЕ 5

Автор лучшего ответа: Дюдина Дарья Евгеньевна, г. Санкт-Петербург

Д.Е. Дюдина, кроме верного ответа на вопросы, поставленные в задании, внятно сформулировала роль ноотропов при СДВГ: данная группа препаратов применяется в реальной практике, но не имеет достаточной доказательной базы их эффективности.

Предварительный диагноз: синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

Интересен установленный в детстве диагноз "Минимальная мозговая дисфункция". В клинических рекомендациях по диагностике и лечению органического психического расстройства в детском возрасте от 2015 г. указано: "При небольших мозговых повреждениях возможно появление множества клинических проявлений, включая гиперактивность, тики, расстройства развития, аутизм. Это так называемая концепция «континуума репродуктивного травматизма», которая на сегодняшний день считается чрезмерно упрощенной и в целом неверной (Р.Никол, 2009). Анализ и сопоставление имеющихся данных не подтверждает гипотезу о том, что минимальное мозговое расстройство служит причиной психических расстройств в детском возрасте (Rutter M., 1970, 1982, 2002)".

В целом, пациент укладывается в рамки диагноза СДВГ. Симптомы проявились до 7 лет, нарастали с началом посещения детского сада и школы, что связано с увеличением нагрузок на ребенка.

Отмечались невнимательность, гиперактивность, импульсивность, трудности в обучении и межличностных отношениях, они сочетались с поведенческими и тревожными расстройствами.

В подростковом возрасте выраженные симптомы СДВГ сохранялись, что характерно для 50–80% пациентов с СДВГ. При этом гиперактивность у подростков значительно уменьшается или исчезает, тогда как импульсивность и нарушения внимания не ослабевают. У пациента была плохая успеваемость в школе, нарастали трудности во взаимоотношениях в семье и школе.

В дальнейшем примерно в 50% случаев симптомы сохраняются у взрослых. В случае рассматриваемого пациента проблемы в университете привели к очередному ухудшению состояния. Однако заболевание мимикрировало под тревожное расстройство из группы невротических, совпав по времени с личностно значимым переживанием — расставанием с девушкой.

В данном случае может возникнуть проблема постановки диагноза СДВГ взрослому пациенту в России. МКБ-10 не предусматривает такого шифра для людей старшего возраста. Также многие российские специалисты или еще недостаточно осведомлены о СДВГ или вовсе отрицают его существование.

Дифференциальный диагноз следует проводить с состояниями (Заваденко Н.Н., 2005):

— *Индивидуальные особенности личности и темперамента*: характеристики поведения активных детей не выходят за границы возрастной нормы, уровень развития высших психических функций хороший.

Данное описание не соответствует описанию пациента, т.к. его состояние приводило к дезадаптации в школе, детском саду и дома, мешало осваивать программу обучения, предназначенную для его возрастной группы.

— *Тревожные расстройства*: особенности поведения ребенка связаны с действием психотравмирующих факторов.

Несмотря на то, что о психотравмирующих факторах ничего неизвестно, нельзя исключать их наличие в прошлом.

Коморбидность является отличительной клинической особенностью как детского, так и взрослого СДВГ. СДВГ часто сочетается с тревожными расстройствами. Кроме того, важно отметить, что у лиц, имеющих дело с высоким уровнем стресса, могут также обнаруживаться симптомы СДВГ.

— *Расстройства развития школьных навыков*: дислексия, дисграфия, дискалькулия.

Нарушения развития речи, специфические трудности обучения также коморбидны СДВГ. Несмотря на то, что пациент обучался какую-то часть времени в специальной школе, его основной проблемой была именно неспособность длительно удерживать внимание на одной задаче, а не когнитивный дефицит.

— *Синдром Туретта*.

При СДВГ могут встречаться двигательные (статико-локомоторная недостаточность, диспраксия развития, тики) нарушения. В анамнезе заболевания пациента нет указания на их наличие. Скорее, описывается неусидчивость, гиперактивность.

— *Нарушения поведения.*

Расстройства, характеризующиеся повторяющимися, устойчивыми образцами необщительного, агрессивного или вызывающего поведения, также требуют внимания при разборе подобных случаев. Особенно стоит отметить два варианта расстройств поведения у детей: психопатоподобный синдром с преобладанием аффективной возбудимости и психопатоподобный синдром с преобладанием психической неустойчивости. Например, драки, споры со взрослыми у больного в детском возрасте. Черты расстройства поведения могут также быть симптомами других психических состояний, например СДВГ, что вероятнее у рассматриваемого больного.

— *Шизофрения.*

Нет характерного стереотипа развития болезни. Хотя если бы отмечались симптомы ОКР, навязчивости, аутизация и проч., то стоило бы уделить этому пункту большее внимание.

Также следует дифференцировать с рядом других патологических состояний: резидуальные явления перенесенной черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации (церебрастенический синдром), астенический синдром при соматических заболеваниях, эндокринные заболевания (патология щитовидной железы), эпилепсия (абсансные формы; симптоматические, локально обусловленные формы; побочные эффекты противоэпилептической терапии), однако в анамнезе заболевания нет данных за вышеуказанные заболевания.

Пациенту рекомендовано обследование в плановом порядке: МРТ ГМ, ЭЭГ, ТТГ, Т3, Т4, скрининг на нейроинфекции, для исключения сопутствующей патологии. Также необходимо проведение ЭПИ, тестирование по специальным опросникам: тест СДВГ у взрослых ретроспективный (Wender Utah Rating Scale), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) и др., которые могут помочь при постановке окончательного диагноза.

Лекарственная терапия при СДВГ назначается по индивидуальным показаниям в тех случаях, когда нарушения когнитивных функций и другие проблемы могут быть преодолены лишь с помощью психолого-педагогических и психотерапевтических методов коррекции.

Пациент уже имел опыт приема антидепрессанта без положительного эффекта. Однако это не отменяет возможность применения других антидепрессантов с целью редукции тревожной симптоматики. Возможно назначение антидепрессанта из группы СИОЗСН, которые участвуют в обратном захвате норадреналина — значимого звена в патогенезе СДВГ.

Если говорить о специфической для СДВГ терапии, то в российских реалиях возможности врача ограничены. Новым эффективным препаратом, специально разработанным для лечения СДВГ, является атомоксетин гидрохлорид (Страттера). Препарат не относится к числу стимуляторов ЦНС, основной механизм действия связан с блокадой обратного захвата норадреналина, что сопровождается увеличением содержания норадреналина в синаптической щели и приводит к ослаблению проявлений СДВГ. Однако не все пациенты способны позволить себе данный препарат.

Также применяются ноотропы, однако не стоит возлагать на препараты данной группы большие надежды.

Обобщая рекомендации, получаем предварительный план лечения:

- Венлафаксин 0,075 по 1 капс. утром, с последующей коррекцией дозировки, с целью редукции тревожной симптоматики.
- Феназепам 0,0005 по ½ таб. утром, днем, по 1 таб. вечером, в течение 1 недели, с постепенным снижением дозировки до отмены, не более 2-х недель, с анксиолитической целью. Транквилизатор в последствии можно заменить на более

подходящий для длительного приема (гидроксизин, тофизопам и пр.). Также возможно назначение атипичного нейролептика (кветиапин, тералиджен), начиная с небольших доз.

- Страттера 0,04 по 1 капс. утром, через 2 дня — по 2 капс., с последующей коррекцией дозировки.

- Фенибут 0,25 по 1 таб. утром, днем, вечером, курсом 1 мес., для усиления анксиолитического эффекта через ГАМК-систему. Этот пункт является необязательным, как и любое другое назначение ноотропов, т.к. ни один из них не обладает доказательной базой по своей эффективности.

ЗАДАНИЕ 6

Автор лучшего ответа: Ванчугов Евгений Юрьевич, г. Чита

Е.Ю. Ванчугов, кроме подробного описания трудов К. Вернике, дал очень интересный с клинической точки зрения анализ творчества В.В. Кандинского, в ходе которого прослежена негативная симптоматика, получившая со временем отражение в работах художника.

1. Г. Г. Де Клерамбо и В.Х. Кандинский независимо друг от друга описали синдром психического автоматизма. Если В.Х. Кандинский первым полностью описал симптоматику и провёл феноменологический анализ данного симптомокомплекса, то Клерамбо в своих статьях за период с 1909 по 1930 г.г. ввёл понятие и дал определение термину психический автоматизм, а также сформулировал его основные составляющие – идеаторный, сенсорный, моторный.

Конечно описание данного синдрома не единственное его научное достижение. Так в 1921 году он опубликовал работу «Les Psychoses Passionnelles», в которой описал **эротический бред** (синонимы: Синдром Клерамбо, бред любовного очарования, эротомания Клерамбо). В данной работе Клерамбо предложил провести различие между параноидным бредом и бредом страсти. Последний отличается тем, что сопровождается возбуждением. Характерно также наличие представления о цели. Эротоманию Клерамбо описывал у женщин, но мужчины тоже могут подвергнуться этому расстройству и более склонны к насилию и преследованию.

Основным симптомом расстройства является непоколебимая уверенность больного в том, что другой человек тайно влюблен в него. В некоторых случаях больной может считать «тайными поклонниками» сразу нескольких человек. Предполагаемый поклонник обычно недоступен, так как он либо уже женат, либо занимает более высокое социальное положение, либо это известный эстрадный артист или общественный деятель. В своей работе Клерамбо описал свою пациентку, которая была одержима британским монархом Георгом V, она часами стояла у Букингемского дворца, полагая, что король выражает ей свое желание, двигая занавески. Согласно работе женщина считает, что именно «объект» первым влюбился в неё, что он сильнее любит, чем она, или даже что любит только он. Она уверена, что специально избрана этим мужчиной из высших сфер, убеждена, что «объект» не может быть счастливым или полноценным человеком без неё. Очень часто бред остается непоколебимым, и она придумывает объяснения для парадоксального поведения «объекта», может быть чрезвычайно упорной и невосприимчивой к реальности. У некоторых больных любовный бред перерастает в бред преследования. Они готовы оскорбить «объект» и публично обвиняют его. Это описано у Клерамбо как несколько фаз: надежда сменяется разочарованием, после негодования и агрессией. Мнимый любовник также может быть воображаемым или умершим. DSM-5 синдром указан как подтип бредового расстройства.

Эротомания имеет две формы: первичную и вторичную. Первичную эротоманию также обычно и называют синдромом де Клерамбо существует сам по себе без сопутствующих заболеваний имеет внезапное начало и хронический исход.

Вторичная форма встречается наряду с психическими расстройствами, такими как параноидальная шизофрения, часто включает бред преследования, галлюцинации и грандиозные идеи и имеет более постепенное начало.

В настоящее время выделено несколько факторов, способствующих возникновению идей влюбленности и сексуального влечения:

- Повышенное половое возбуждение. Эротомания формируется у людей с врожденной гиперсексуальностью, усиленным либидо на фоне естественных гормональных изменений и эндокринных заболеваний. К группе высокого риска относятся женщины в климактерическом периоде.

- Чувство неполноценности. Идеи восхищения, влюбленности другого человека развиваются по типу подсознательной компенсации неуверенности, робости, низкой самооценки. Такие черты в преморбиде затрудняли общение и установление отношений с лицами противоположного пола.

- Недостаток межполовых контактов. Эротический бред возникает при вынужденном или целенаправленном ограничении общения, отказе от романтических и сексуальных отношений. Идеи сознательно не контролируются, реализуют подавляемые желания личности.

Для купирования бреда используются препараты группы нейролептиков (помизид, риспиридон). Если у больного отмечается тревожность, беспокойство, подавленность настроения, дополнительно назначаются антидепрессанты и транквилизаторы.

При правильно подобранном медикаментозном лечении прогноз эротомании благоприятный, бредовая симптоматика успешно купируется. Однако из-за их твердой веры в реальность своих убеждений и отсутствия понимания своего состояния люди могут никогда не обращаться за лечением или могут сопротивляться своему состоянию в психотерапии.

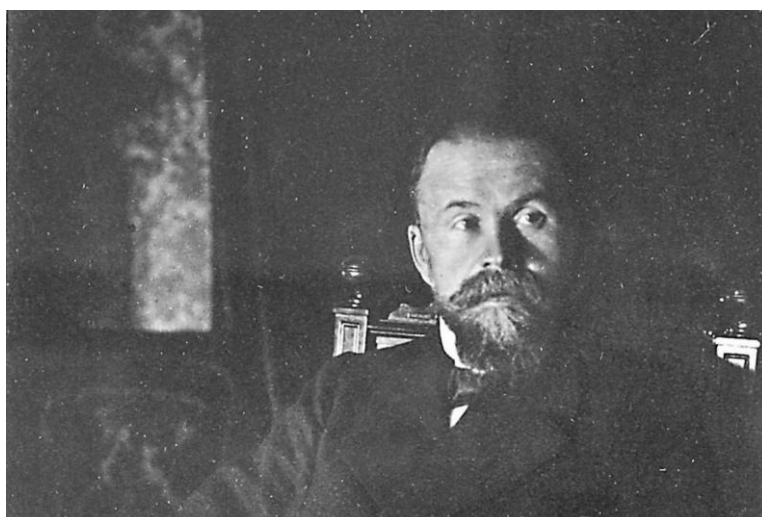
Другим научным открытием Клерамбо был **Закон Клерамбо (закон возраста, массивности и латентности)** – это закономерность, согласно которой:

- чем раньше возникает психическое заболевание, чем массивнее воздействие этиологического фактора и чем короче латентный период, тем чаще психоз проявляется наиболее выраженными расстройствами психической деятельности в форме реакций экзогенного типа (делирий, аменция и т.п.);

- чем старше больной, чем длительней латентный период болезни, чем слабее влияние этиологического фактора, тем проще по структуре психические расстройства, в наиболее легких случаях они характеризуются аффективными и бредовыми нарушениями.

То есть, исход психического расстройства тем тяжелее, чем в более раннем возрасте оно началось, и чем массивнее органическое повреждение головного мозга, с которым оно связано.

2. Персонажем романа Э.М.Ремарка «Чёрный обелиск» был доктор Вернике врач,



работающий в психиатрической лечебнице. Автором психоморфологического направления в психиатрии является Карл Вернике, немецкий психоневропатолог, психоморфолог, создатель психиатрической школы, первооткрыватель множества психиатрических и невропатологических явлений.

В психоморфологическом направлении локализация психической функции непосредственно связана с определенной мозговой структурой. Кора полушарий рассматривается как совокупность различных "центров", и их поражение ведет к необратимому нарушению (или выпадению) соответствующей функции. Еще в самом начале XIX века австрийский анатом Франц Иосиф Галль высказал мнение, что сложные "способности" человека связаны с ограниченными участками мозга, которые могут быть определены по расположению выпуклостей на его черепе. Сегодня френологические "карты способностей" представляют лишь историческую ценность, однако последующие исследования на основе наблюдений за поведением людей с ограниченными повреждениями мозга принесли немало фактов в пользу психоморфологического направления.

В 1874 году Вернике опубликовал труд «**Афазический симптомокомплекс**», в котором он первым описал сенсорную афазию, или, как он сам её называл афазию управления, локализованную в височных долях, а также алексию и аграфию. Позже он открыл, что повреждение дугообразных нервных волокон, соединяющих поля Брока и Вернике, тоже ведут к моторной и сенсорной афазии. Вернике одним из первых понял, что функции мозга зависят от переплетения проводящих нервных путей, что связывают разные его участки, а каждый участок в свою очередь отвечает за простейшую сенсорно-моторную деятельность.

Другими научными достижениями Вернике являются:

Работа о поражении ядра 6-го черепномозгового нерва (1877 году). Вернике открыл, что поражения, ограниченные ядром 6-го черепномозгового нерва (отводящего) ведут к параличу и повороту сопряжённого взгляда в сторону поражения («глаза смотрят на очаг поражения») и был первым, кто установил, что центр его - в крышке моста. Эта работа сделала его всемирно известным.

Энцефалопатия Вернике. Синдром Вернике-Корсакова (1881 год). Вернике описал острую болезнь, характеризующуюся энцефалопатией, отёком дисков зрительных нервов, кровоизлияниями в сетчатку, офтальмопарезом и атаксией у 3 пациентов. У них наблюдалось нарастание угнетения сознания, приведшее к смерти, в связи с чем, такой исход считался типичным. Описано заболевание было в случае проглатывания серной кислоты и алкоголизма. Вернике описал очаговые сосудистые поражения серого вещества вокруг III, IV желудочков мозга и силвиева водопровода. Он рассматривал данное заболевание как воспалительное и токсическое и предложил называть его острым верхним геморрагическим полиэнцефалитом. В настоящее время известно, что оно вызвано дефицитом тиамина. Оно может сочетаться с корсаковским психозом - подострым синдромом деменции (синдром Вернике-Корсакова).

Спазм Вернике. Карл Вернике впервые описал в «Случай судорожного невроза» болезненные судороги мышц психогенной природы, возникающие при беспокойстве или страхе, известные как судорога Вернике или синдром Вернике-2, а в современной неврологии - писчий спазм.

Зрачковая реакция Вернике. Карл Вернике описал реакцию, наблюдаемую в некоторых случаях гемианопсии, в которой свет, что проецируется на сетчатке одной половины глаза, вызывает сокращение радужки, в то время как с другой стороны такой реакции не вызывает.

Гемиплегия Вернике-Манна. Поза Вернике-Манна - своеобразная поза больного при центральном гемипарезе (параличе), развившемся вследствие поражения внутренней капсулы: приведение плеча к туловищу, сгибание предплечья, сгибание и пронация кисти,

разгибание бедра, голени и подошвенное сгибание стопы; обусловлена повышением мышечного тонуса сгибателей руки и разгибателей ноги.

Гиперметаморфоз. Сверхценные идеи. Вернике впервые ввёл в психопатологию термин «гиперметаморфоз» (неустойчивость внимания) в качестве симптома, а не отдельной болезни и в 1892 впервые описал сверхценные идеи, дифференцировав их от навязчивостей.

В психиатрии Карл Вернике также описал следующие симптомы: алкогольный галлюциноз, аллопсихоз, аутопсихоз, в том числе, экспансивный, аутохтонные идеи бред вторичный, псевдодеменцию, гневливую манию, пресбиофрению. Вернике дополнил сведения о соматопсихозе - особой ипохондрии с сенестопатиями и предложил теорию сейюнкции - поражения системы ассоциативных связей головного мозга с психическими наслоениями, и описал височно-теменной синдром - сочетание сенсорной афазии и аграфии с центральным парезом нижней конечности и расстройствами чувствительности на той же половине тела.

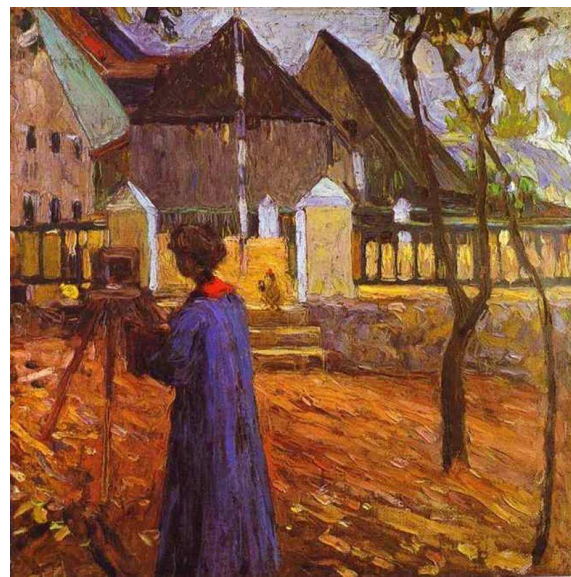
3. Непосредственная связь картины и галлюцинаторно-параноидного синдрома заключается в фамилии Кандинский.

Картина называется «Отчетливая связь» и была написана 1925 году русским живописцем, одним из основоположника абстракционизма Василием Васильевичем Кандинским находившийся в родственных связях с Виктором Хрисанфовичем Кандинским, они приходились друг другу троюродными братьями по отцовской линии. Психически не здоров был В. Х. Кандинский – выдающийся русский психиатр, описавший галлюцинаторно-параноидный синдром, получивший впоследствии его имя, он описывал этот синдром, анализируя собственные переживания и ощущения в период психоза.

О психическом состоянии Василия Кандинского до сих пор достоверных данных нет, а имеются лишь предположения. Среди художников, которыми он вдохновлялся были И.И. Левитан, И.Е. Репин, , то есть художники, писавшие в традиционной манере. Однако, довольно скоро он отошел от прежних ориентиров и начал поиски новых форм изобразительного искусства. И в 1910 году он пишет «Первую абстрактную акварель», а в дальнейшем абстрактная живопись сначала частично, а затем и полностью становится направлением в творчестве Кандинского. Хотя живопись мастера и до периода абстракции нельзя назвать вполне реалистической, но на его полотнах все же внятно были



видны человек, пейзаж и интерьер

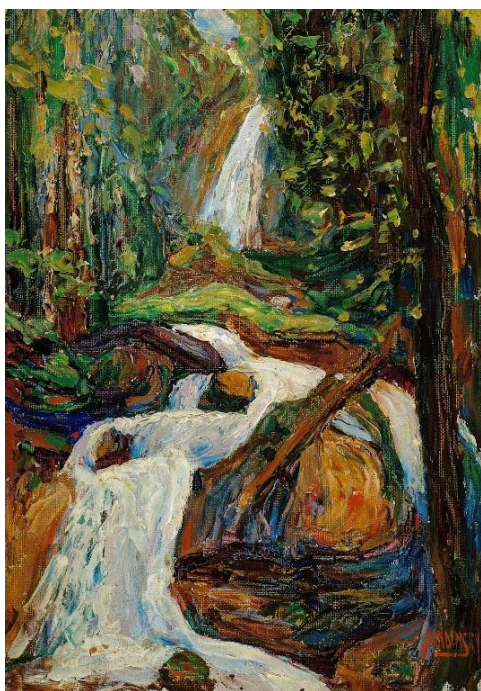


В абстракции Кандинского цвет рассматривался им в прямом отношении со звуком, и даже живописная композиция характеризовалась как «мелодическая» или

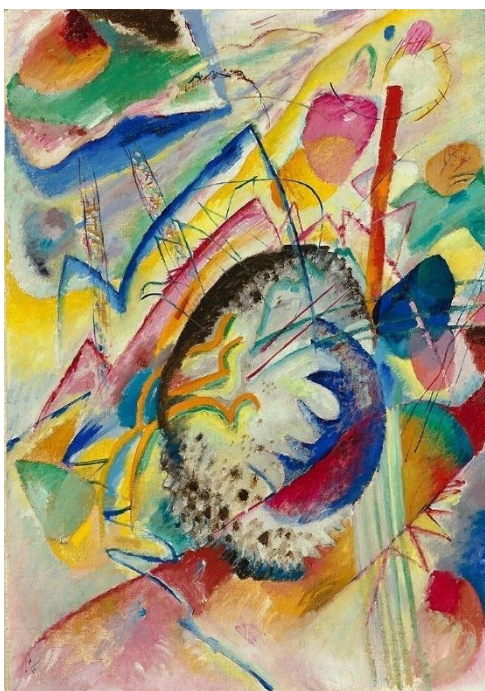
«симфоническая», в зависимости от сложности набора форм. Вместе с тем, многие отмечают и определенную особую глубину восприятия его живописи, так как цвет у Кандинского уподобляется различным психическим состояниям. Еще ранее художник заметил, что музыка, звук вызывают у него определенные цветовые, эмоциональные и образные ассоциации. Например, звук трубы соответствовал желтому цвету, который выражал назойливость и безумие, «остроту» и воспринимался в виде треугольника. Виолончель, барабан, фанфары соответствовали разным оттенкам красного, означавшего помимо этого, – «движение внутри себя», «внутреннее кипение» и геометрически связывались с квадратом. Флейта ассоциировалась с синим цветом – цветом покоя, упорядоченности. «Цвет – это клавиш; глаз – молоточек; душа – многострунный рояль. Художник есть рука, которая посредством того или иного клавиша целесообразно приводит в вибрацию человеческую душу» писал Кандинский. Имеются сведения что художник предсказывал события посредством картин (мировой войны, великой отечественной, запуск комических аппаратов)

Стоит ли в данном случае утверждать, что Василий Кандинский страдал психическим заболеванием, как и его знаменитый родственник В.Х Кандинский?

Безусловно нельзя отрицать странный ход мыслей художника, его парадоксальное мышление. Творчество активно демонстрирует нестандартное мышление, развивающееся парадоксальным образом. Кроме того, нельзя оставить без внимания и то, что многие интересующиеся творчеством Кандинского отмечают определенные этапы творческого развития Василия Кандинского – начинал он писать картины в реалистичной манере, выработав новаторскую концепцию «ритмического» использования цвета в живописи уже в зрелом возрасте, к концу же его творческого пути цветовая палитра картин упростилась, а используемые образы стали гораздо менее эмоциональными.



«Кохель – Водопад I» 1900 год



«Большой Кабинет» 1914 год



«Отчётливая связь» 1925 год



«Маленький Красный Кружок» 1944 год

ЗАДАНИЕ 7

Верные ответы на задания кроссворда следующие:

1. Пикнолепсия. Заболевание, начинающееся обычно в возрасте 4-10 лет и характеризующееся множественными (от 15 до нескольких сот в день) и кратковременными (от 2 до 30 с) припадками типа абсансов. Иногда в пубертатном периоде у больных исчезают припадки и наступает практическое выздоровление без признаков психического дефекта.

2. Фонастения. Тихая, недостаточно модулированная речь, переходящая в шепот или беззвучное шевеление губ. Наблюдается при депрессивных состояниях. При углублении депрессии достигает степени афонии.

3. Обнубиляция. Легкая степень оглушения. Характерны колебания в степени выраженности помрачения сознания — легкое помрачение сознания на время сменяется его прояснением, затем вновь наступает затемнение.

4. Топагнозия. Нарушение ориентировки в пространстве, неспособность ориентироваться на улице, в доме. Разновидность агнозии. Наблюдается при болезни Альцгеймера и старческом слабоумии.

5. Векслера. Один из наиболее распространенных психологических тестов для исследования интеллекта с помощью серии экспериментальных методик-субтестов. Был разработан в двух вариантах в 1949 и 1955 гг. Различаются вербальные и невербальные субтесты. Суммарный показатель выражается интеллектуальным коэффициентом (IQ).

6. Псевдогаллюцинации. Расстройства восприятия, подобные галлюцинаторным, однако, в отличие от них, лишены «ощущения объективности и действительности». Не отождествляются с реальными образами и не проецируются вовне. Восприятия сохраняют чувственный характер.

7. Мескалин. Алкалоид, добываемый из высушенных верхушек мексиканского кактуса (mescal). При пероральном приеме вызывает яркие фантастические переживания — галлюцинаторно-параноидные, явления деперсонализации и дереализации. Относится к галлюциногенам.

8. Психодиагностика. Раздел прикладной (медицинской) психологии, изучающий качественно и количественно состояние основных психических функций при помощи психологических методов. В отличие от патопсихологии, этот раздел в основном использует тестовые методы исследования интеллекта и личности, позволяющие дать оценку изучаемых факторов в количественных показателях.

9. Десоматизация. Вариант деперсонализации, близкий к нарушениям схемы тела. Тело субъективно воспринимается как бесплотное. Личность как бы существует только в психическом смысле, лишенном физического, телесного субстрата. Переживания эти крайне тягостно воспринимаются больным, часто депрессивно окрашены.

10. Абстиненция. Синдром психических и физических расстройств, наступающих при внезапном прекращении поступления в организм больного алкоголя, наркотических и токсических веществ, по отношению к которым имеется токсикоманическая зависимость. Может наблюдаться и при приеме препаратов, являющихся антагонистами к перечисленным. Наблюдается также при лечении бензодиазепинами и (реже) антидепрессантами.

11. Пароксизм. Клинически: внезапное, острое, обычно повторяющееся кратковременное появление или усиление признаков болезни. Типичный пример — эпилептические припадки (судорожные и бессудорожные).

ЗАДАНИЕ 8

Автор лучшего ответа: Щелчкова Анастасия Анатольевна, г. Саратов

А.А. Щелчкова продемонстрировала хорошие теоретические знания и умение применять их при решении заданий олимпиады.

Художник Шон Косс

Рисунок 1 - Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)

Существенной особенностью состояния у пациентов с данным заболеванием является наличие повторяющихся навязчивых мыслей (обсессий) или вынужденных действий (компульсий). Больные ОКР довольно мнительны, такие люди склонны к редким максимально-решительным действиям, что сразу заметно на фоне их доминирующего спокойствия. Навязчивые мысли - тягостные, возникающие помимо воли, но признаваемые больным как свои собственные, идеи, убеждения, образы, которые в стереотипной форме насильственно вторгаются в сознание больного и которым он пытается каким-то образом противостоять. Обсессивные мысли могут принимать форму отдельных слов, фраз или стихотворных строк; обычно они неприятны для больного и могут быть непристойными, богохульными или даже шокирующими. Навязчивые действия, или ритуалы, являются стереотипными манерами, которые больной повторяет вновь и вновь. Они не являются способом получить удовольствие или атрибутом выполнения полезных задач. Эти действия являются способом предотвратить возможность наступления неприятного события, которое, как опасается больной, в противном случае может произойти, нанеся вред ему или другому лицу. Обычно такое поведение осознается больным как бессмысленное или неэффективное и делаются повторные попытки противостоять ему. К наиболее часто встречающимся проявлениям ОКР относят:

1. мизофобии (когда присутствует навязчивых страх загрязнения с вытекающими последствиями и поведением человека);
 2. «собирательство» (в случае, когда люди боятся что-либо выкидывать, испытывая тревогу и страх, что это может понадобиться в дальнейшем);
 3. навязчивые мысли религиозного характера;
 4. навязчивые сомнения (когда человек постоянно испытывает сомнения в отношении того, выключил ли он утюг, газ, свет, закрыты ли краны с водой);
 5. навязчивый счет или что-либо, связанное с цифрами (складывание цифр, повторение номеров определенное количество раз и пр.);
 6. навязчивые мысли в отношении «симметрии» (может проявляться в одежде, расположении предметов интерьера и пр).
- Обсессии и компульсии могут быть различными по своей частоте и интенсивности – от 1-2 часов в день с их незначительной интенсивностью до постоянно присутствующих тягостных симптомов, значительно снижающих трудоспособность и (или) качество жизни.

Рисунок 2 – Аутизм

Аутизм – нарушение психического развития, которое включает в себя наличие аномалий и задержек, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет; психопатологические изменения в социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно, а также отмечаются повторяющиеся действия и ограничения интересов. У таких детей отмечаются изменения в социальном взаимодействии – их социальные контакты могут носить формальный характер, они пассивно принимают контакт при инициативе со стороны другого человека, либо же и вовсе отказываются от контакта с окружающими. Следует отметить нарушения в сфере общения. Большая часть детей с аутизмом развиваются с задержкой в формировании речи. У них отсутствует стремление использовать речь в качестве средства общения, нарушено понимание жестов, мимики, интонации голоса. Нарушен грамматический и фонетический строй речи, встречается отказ от личных местоимений, неологизмы. Также для аутистов свойственны нарушения в сфере воображения: они проявляются в виде ограниченного набора действий с игрушками или предметами, однообразных игр, фиксации внимания на несущественных, мелких деталях вместо восприятия целого объекта. Такой признак аутизма, как стереотипные (однообразные) действия могут носить самый различный характер: постукивание или кручение предметов, потряхивания кистями рук, раскачивания телом, прыжки, повторяющиеся удары, выкрики.

Рисунок 3 – Социофобия

Социофобия – устойчивый иррациональный страх перед пребыванием в определенных социальных ситуациях, когда на человека обращено внимание окружающих, и когда он может подвергнуться критике со стороны других людей в относительно малых группах (но не в толпе). Социальная фобия проявляется такими клиническими симптомами как повышенное потоотделение, гиперемия лица, тошнота, возможно ощущение «кома в горле» и заикание во время беседы, подрагивание кистей рук, частые позывы на мочеиспускание, во рту. Выделяют два вида социофобии: специфическую и генерализованную. При специфической социальной фобии люди чувствуют тревожность только в одной или нескольких конкретных ситуациях, но не в большинстве (например, когда выступают с речью на публике). При генерализованной социофобии люди с большей вероятностью чувствуют тревожность во всех ситуациях, которые связаны с общением и нахождением на публике. Часто выражена тенденция избегать пугающих ситуаций, которая в своем крайнем выражении может приводить к почти полной социальной изоляции. Страх, тревога и избегающее поведение существенно ухудшают качество жизни пациентов, страдающих социофобией, негативно влияют на личные отношения, ограничивают профессиональную и социальную реализацию.

Рисунок 4 – Зависимое расстройство личности

Люди с зависимым расстройством личности считают, что они не могут позаботиться о себе. Они становятся ведомыми, чтобы заставить других людей заботиться о них. Эти пациенты боятся быть покинутыми теми, от которых они зависят, даже при отсутствии таких оснований. Пациент с зависимым расстройством личности может испытывать следующие переживания:

Испытывает трудности в принятии повседневных решений, если не получает завышенного количества рекомендаций и одобрений со стороны окружающих.

Испытывает потребность в людях, которые брали бы на себя ответственность за большую часть его (её) жизни.

Испытывает трудности с выражением несогласия с другими из-за страха потери материальной поддержки или одобрения.

Далеко заходит в стремлении получить опеку и поддержку от окружающих — может даже добровольно вызываться делать неприятные для себя вещи.

Испытывает трудности в проявлении инициативы или самостоятельной деятельности.

Чувствует дискомфорт или беспомощность, из-за преувеличенного страха, что не сможет о себе позаботиться.

Испытывают неадекватное количество страхов и беспокойств в связи с перспективой самостоятельно о себе заботиться.

В срочном порядке ищет новых отношений, которые могли бы служить источником помощи и поддержки, если предыдущие близкие отношения разрываются.

ЗАДАНИЕ 9

Автор лучшего ответа: Ванчугов Евгений Юрьевич, г. Чита

Е.Ю. Ванчугов дал наиболее полный и аргументированный ответ на вопросы, поставленные в задании.

Агата Кристи по истине является королевой детективного жанра, в своих произведениях она активно использовала для закручивания сюжета и неожиданной развязки мнестические расстройства персонажей. В задании говорится о романе «Третья девушка» входящий в цикл рассказов о сыщике Эркюля Пуаро и писательнице Ариадне Оливер. Героиней, которая обратилась за помощью к сыщику была Норма Рестарик. Действие происходит в 1960-х годах девушка думает, что совершила убийство, но не помнит каких-либо обстоятельств. В финале как это всегда бывает в детективных романах убийцей оказывается соседка, а обстоятельства убийства были подстроены, так чтобы все действительно были убеждены в виновности Нормы, это было сделано с целью получения наследства отца. Выясняется, что провалы в памяти были связаны с действием, ПАВ которые ей давали без ее ведома.

«Так вот, она не наркоманка. Следов от уколов нет. Кокаин она не нюхала. Но кто-то – может быть, этот молодчик, а возможно, и кто-то еще — пичкал ее наркотиками без ее ведома. И не просто парой «пурпурных сердечек», а довольно-таки любопытной смесью. ЛСД, например, вызывает очень яркие сны, иногда блаженные, иногда кошмарные. Гашиш стирает ощущение времени, так что ей могло казаться, будто прошло гораздо больше времени, чем на самом деле. И еще несколько любопытнейших компонентов, про которые в двух словах не расскажешь. И так, кто-то, прекрасно разбирающийся в наркотиках, проделывал с этой девушкой поистине адские фокусы. Стимуляторы и транквилизаторы – в совокупности они подавляли ее волю, разрушая ее личность.» Агата Кристи Третья девушка

По рассказу не сказано сколько именно по срокам Норме давали наркотики, но предположительно длительное время

« Нет-нет. В том-то и ужас. Я ничего не помнила. Вот почему я все-таки надеялась. С самого начала я не помнила, что делала, ничего не помнила... И мне становилось все страшнее и страшнее. Большие промежутки времени, целые часы словно куда-то проваливались, - время, про которое я ничего не знала: не помнила ни где была, ни что делала. Но находила вещи.... А у себя в ящике я нашла гербицид. Я его туда спрятала... Здесь же я нашла перочинный нож. И еще у меня оказался револьвер, хотя я совсем не помню, откуда он у меня взялся..... У меня даже была нелепая мысль, что я ее вовсе не убивала. Что мне это только приснилось. Что, может быть, она и правда сама выбросилась из окна.»

Исходя из приведенного выше отрывка можно выделить следующие симптомы нарушения памяти у героини:

- Нарушение памяти на недавние события при сохранении непосредственного воспроизведения.
- Нарушение чувства времени и порядка событий.
- Криптомнезия, героиня не может вспомнить, когда было событие, во сне или наяву.

По данным клиническим проявлениям и анамнезу у героини романа наблюдается:
- F19.6 – Амнестический синдром, вызванный одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ.

Роман «Третья девушка» не единственное произведение Агаты Кристи где присутствуют мнестические расстройства.

В романе «Хлеб гиганта», написанном под псевдонимом «Мэри Уэстмакотт» присутствует герой Вернон Дейр, подающий большие надежды композитор, эгоцентричный с истероидными чертами характера от всегда приносит страдания близким людям, оправдываясь тем, что великий дар требует великих жертв. На протяжении романа у героя непростые взаимоотношения с девушкой Нел, в 1914 года объявляется Первая мировая война, Вернон шантажированием вынуждает выйти за него замуж. Далее героя отправляют на во Францию на войну, и спустя время близким друзьям и жене сообщается что он погиб. А после он сбегает из военного плена, прибыв узнает о замужестве Нел, и далее в романе фигурирует как Джордж Грин-шофер богатого американца. Спустя время друзья узнав в Грине Вернона пытаются понять что с ним, почему он представляется другим именем и ведет другую жизнь. Психиатр долгое время занимался его лечением гипнозом, и обнаружил что в жизни Верона была трагедия, которую он не смог пережить, а именно свадьба Нелл.

«Теперь, когда вы вспомнили, расскажите мне еще раз, как вы увидели объявление о замужестве вашей жены. Вернон воскликнул: - Неужели надо повторять снова и снова? Это было ужасно. Большие я не хочу об этом думать. И тогда врач терпеливо и дружелюбно объяснил, что все произошло именно из-за его нежелания «больше об этом думать».

Так поговорив с Нелл к герою окончательно возвращается память.

«И тут увидел ее, эту мерзкую иллюстрированную газету. Про твою свадьбу. Это меня доконало. Но я не мог с этим смириться. Я продолжал твердить, что это неправда. Пошел сам не зная куда. В голове все перемешалось. По дороге мчался большой грузовик. Я решил – вот шанс со всем покончить. И вышел на дорогу. – И это был конец – меня как Вернона Дейра. Когда я пришел в себя, в голове у меня оставалось одно имя – Джордж. Счастливчик Джордж. Джордж Грин.»

Наблюдаемое расстройство памяти у героя это **F44.0 Диссоциативная амнезия**, при котором пациентом утрачивается память на события в основном личного характера, что является последствием стресса или травмирующего события, при этом способность восприятия новой информации сохраняется.

В другом мистическом романе Ага Кристи «**Гончая смерти**» упоминается о другом диссоциативном расстройстве. Герой доктор Кэмпбелл Кларк, рассказывал о необычной девушке Фелиции.

Фелиция Болт была простой крестьянской девушкой из народа, в 22 года Фелиция перенесла тяжелое нервное заболевание, и по выздоровлении у нее начали проявляться очень странные симптомы:

«В ней уживались четыре совершенно разные личности. Фелиция Первая, Фелиция Вторая Личность, названная Фелиция Первая, была первым «я» Фелиции Болт, какой ее знали в последние годы. Она с ошибками и ужасным почерком писала по-английски, не знала никаких других языков и, уж конечно, с ее-то руками, не могла играть ни на одном музыкальном инструменте. В отличие от нее Фелиция Вторая бегло говорила по-итальянски и довольно сносно по-немецки. Она прекрасно писала по-французски, разбиралась в политике и искусстве и страстно любила играть на пианино. Фелиция Третья Это была умная и довольно хорошо образованная девушка, но что касается ее моральных качеств, то она была полной противоположностью Фелиции Второй. Это

было в высшей степени развязное создание, усвоившее низкие нравы, но, что удивительно, не деревенской глубинки, а столичного полусвета. Она с ненавистью и презрением костерила религию и так называемых добропорядочных людей, называя представителей их мужской половины «скотами из скотов»

Конечно, наблюдаемое у Фелиции расстройство это **F44.81 Расстройство множественной личности.**

Это редкое расстройство основным признаком является видимость существования у индивидуума двух или более разных личностей, проявляющихся одновременно. Каждая из личностей обладает полнотой, характеризуясь собственными предпочтениями, памятью и поведением, что может заметно контрастировать с преморбидной личностью. При наиболее распространенной форме, когда имеются две личности, одна из них обычно является доминантной, но ни одна не имеет доступа к воспоминаниям другой и обе они почти всегда не знают о существовании друг друга. Впервые смена одной личности на другую обычно внезапна и тесно связана с травматическими событиями. Смена одной личности другой полностью анамнезируется.

В романе «**Испытание невинностью**» герой Агаты Кристи геофизик. профессор Артур Калгари во время расследования попадает в ДТП и теряет память.

«По пути, как я уже рассказывал, я подобрал молодого человека и высадил его в Драймуте. Приехав на вокзал, я увидел, что еще успею купить сигареты. Я вышел на улицу, и, когда переходил дорогу, меня сбил грузовик, который на большой скорости вылетел из-за угла. По свидетельству прохожих, я поднялся на ноги. Видимых повреждений не было, и держался я довольно бодро. Но когда прибыли на Паддингтонский вокзал, я был в беспомощности, и меня увезли в больницу. Там обнаружили сотрясение мозга. Через несколько дней я пришел в сознание, но ни о несчастном случае, ни о возвращении в Лондон ничего не помнил. Если говорить точнее, последнее, что удержалось у меня в памяти, – поездка к няне в Полгарт. Потом – полный провал.»

У данного героя расстройство памяти обозначается как

F04.0 Органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга.

Синдром выраженного нарушения памяти на недавние и отдаленные события. В то время как непосредственное воспроизведение сохранено, снижена способность к усвоению нового материала, в результате чего появляется антероградная амнезия и дезориентировка во времени. Ретроградная амнезия различной интенсивности также присутствует, но ее диапазон может со временем сократиться, если основное заболевание или патологический процесс имеет тенденцию к выздоровлению. Конфабуляции могут иметь выраженный характер, но не являются обязательной чертой. Восприятие и другие когнитивные функции, включая интеллектуальные, обычно сохранены и создают фон, на котором расстройство памяти становится особенно очевидным. Прогноз зависит от течения основного заболевания

В конце хочется дополнить, хотя Агата часто использует мнестические нарушения героев в своих романах, в биографии самой Агаты Кристи также есть эпизод, связанный с временной потерей памяти.

Когда после смерти мамы, она провела много времени в ее доме. Агата переживала этот момент жизни крайне тяжело и впала в отчаяние, испытывала огромную физическую и нервную нагрузку. Помимо этого, ее муж не смог поддержать жену, потому что во время смерти и похорон матери Агаты находился по делам в Испании, и позже признался в измене.

После этих событий в декабре 1926 года Кристи таинственным образом исчезла, утром она вышла из своего дома, взяла машину и уехала, оставив дочь с прислугой. На

следующий день полицейский сообщил, что нашли брошенную машину. Последующие 10 дней, вся Англия искала Агату Кристи. Как выяснилось позже эти полторы недели Агата Кристи провела под вымышленным именем «миссис Тереза Нил» в отеле «Гидропатик» в Харрогете. Агата приехала туда с одним небольшим саквояжем, выглядела довольной и счастливой. Танцевала, играла в бильярд, болтала с другими постояльцами и ходила гулять. После ее обнаружения Агата не могла вспомнить, что же случилось после ее отъезда и до встречи с мужем. Кристи была осмотрена неврологом и прошел курс терапии у психиатра, который диагностировал «**истерическую фугу**» когда человек спасается от стресса и невыносимого напряжения бегством в себя, отгородившись от внешнего мира, и, «хлопнув дверью», полностью забывает, кто он и где он. Полностью восстановить в памяти, что случилось за эти 10 дней ей так и не удалось.

ЗАДАНИЕ 10

Автор лучшего ответа: Ванчугов Евгений Юрьевич, г. Чита

Е.Ю. Ванчугов не только верно назвал героев и даты, связывающие их биографии, но и привёл ценные литературные данные и фотодокументы, наглядно демонстрирующие эту связь.

1. Психиатр - это выдающийся российский ученый-психиатр **Виктор Хрисанфович Кандинский**, его труды получили мировое признание и стали поистине передовыми для российской медицины второй половины XIX века. Трагизм его биографии заключался в том, что, будучи выдающимся врачом-психиатром, он сам страдал от психического заболевания, в итоге приведшего к гибели.

2. Адмирал – это **Степан Осипович Макаров**, русский военно-морской деятель, вице-адмирал, океанограф, полярный исследователь, кораблестроитель, автор многочисленных изобретений. Герой Русско-турецкой войны (1877—1878) и Русско-японской войны (1904 – 1905).

3. Художник – это **Верещагин Василий Васильевич**, русский художник путешественник и военный, стал известен как художник батальных сцен показывал на своих полотнах бесчеловечность войны; написал массу экзотических пейзажей и жанровых работ во время своих многочисленных путешествий. Побывал на трех войнах по службе.

4. Поэт это – **Исикава Такубоку** (Такубоку - литературный псевдоним), японский писатель, поэт, литературный критик, оказал сильное влияние на развитие поэзии танка.

5. Судьбы Виктора Харисановича Кандинского и Степана Осиповича Макарова пересеклись во время Русско-турецкой войны 1877 - 1878 гг.

Конкретнее - это событие «**Сражение на Батумском рейде**». 1 мая 1877 боевые действия Рионского (с мая 1877 Кобулетский) отряда русских войск на приморском фланге Кавказской армии в ходе русско-турецкой войны. Перед началом русско-турецкой войны лейтенанта Макарова направили на Черноморский флот, где он получил в командование пароход «Великий князь Константин», вооружил его шестовыми минами и артиллерией. Вскоре после начала войны «Великий князь Константин» первым отправился в море.

В ночь на 1 мая Макаров атаковал турецкий пароход на рейде Батума крылатой миной своего изобретения. С разрешения командования флота Макарову был доверен личный подбор команды, так по инициативе Макарова В.Х. Кандинский попал на пароход

«Великий князь Константин» где служил на пароходе в качестве младшего судового врача с 6-го января 1877 года по 13 мая того же года. Во время первого сражения (На Батумском рейде) в ночь с 30 апреля на 1 мая 1877 В.Х Кандинский перенес первый психотический эпизод, в приступе он бросился в воду, чтобы покончить с собой.

Сведений недостаточно, чтобы дифференцировать подобный поступок как проявление реактивного психоза, повлекшего за собой развитие эндогенного психического заболевания, либо же как дебют шизофрении, спровоцированный острой реакцией на стрессовую ситуацию. По прибытию судна в порт Севастополя Кандинский был списан по болезни. и позже проходил лечение в Санкт-Петербурге до октября 1878 г., однако отдельные симптомы болезни сохранялись и после выписки – до мая 1879 г. Вот, что пишет Кандинский про свои болезненные переживания, скрываясь за своим «альтер-эго» Долининым:

«Долинин во время своей первой душевной болезни имел постоянные галлюцинации слуха, причем слова, фразы, диалоги, целые стихотворные куплеты доносились до его уха из определенных точек внешнего пространства, слышались, например, из стен, из соседних помещений, из уст людей, находившихся с ним в одной комнате. Больной, под влиянием слуховых галлюцинаций, пришел к убеждению, что он находится в руках целого корпуса тайных мучителей, которые окружают его (в заведении для умалишенных) под видом больных, прислуги и врачей. Каждое из этих лиц, приведя себя в магнетический rapport с ним (больной был знаком со старой французской литературой животного магнетизма), с одной стороны, непосредственно узнавало все его мысли, чувства и ощущения, до самых мельчайших внутренних движений, с другой стороны, могло передавать в его мозг из своего какую угодно мысль или какое угодно ощущение...».

6. Событие, которое связывает биографии адмирала Степана Осиповича Макарова и художника Верещагина Василия Васильевича – это Оборона Порт-Артура во время русско-японской войны (1904-1905). Конкретнее **подрыв броненосца «Петропавловск»** 31 марта 1904 года.

24 февраля 1904 года в Порт-Артур прибыл новый командующий 1-й Тихоокеанской эскадрой вице-адмирал С. О. Макаров, принявший решительные меры по усилению обороны базы и повышению боевой активности эскадры. Когда русско-японская война началась, Верещагин поехал на фронт.

Вот как описывает их встречу Семанов С.Н в биографическом произведении «Макаров».

«Накануне в Артур приехал знаменитый художник Верещагин. Пожилой уже человек, он по-прежнему оставался неутомимо энергичным и подвижным. Горячий патриот, друг Скобелева и георгиевский кавалер, он не раз делил походные тяготы с русскими солдатами, был участником и очевидцем многих кровопролитных сражений. Верещагин отличался темпераментом страстным и неукротимым, в натуре у него имелось что-то общее с Макаровым. Недаром, видимо, они издавна симпатизировали друг другу. Адмирал встретил художника прямо на улице Артура. Но пригласил он его не на обед и не на чашку чаю. « - Приходите сегодня ко мне», - сказал Макаров, потом поедem топить судно на рейде - загораживать японцам ход»

Семанов С.Н.«Макаров»



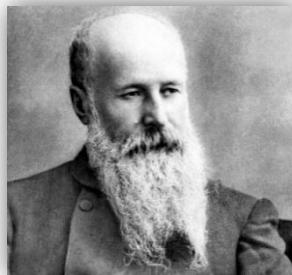
Фото момента взрыва броненосца «Петропавловск»

31 марта 1904 года у крепости Порт-Артур на mine подорвался эскадренный броненосец «Петропавловск». Взрыв мины вызвал детонацию погребов на борту броненосца, вследствие чего корабль очень быстро затонул. Вместе с кораблем погиб командующий Тихоокеанской эскадрой вице-адмирал Степан Осипович Макаров и известный художник-баталист Василий Васильевич Верещагин.

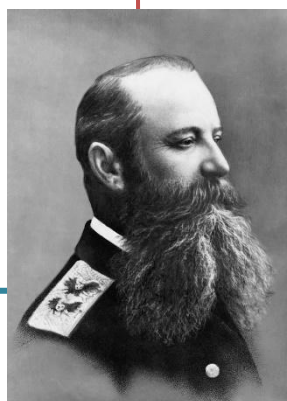
7. Писатель Исикава Такубоку был противником войны. В разгар Русско-японской войны он написал стихотворение **«Памяти адмирала Макарова»**, (датировано **13 июня 1904 года**), которое опубликовал в сборнике «Стремления», в этом стихотворении поэт воспел подвиг русских солдат и смерть погибшего в Порт-Артуре адмирала Степана Макарова.

*«..Твой гордый дух - бессмертия залог.
Да, умер ты, но умереть не мог.
Да, ты погиб, но победил со славой!
Утихни, ураган! Прибой молчи!
Друзья и недруги, отбросьте прочь мечи,
Не наносите яростных ударов!
Замрите со склонённой головой!
Пусть в тишине мой голос огневой
Вас к скорби призовет: погиб Макаров!
В морской пучине, там, где вал кипит,
Защитник Порт-Артура ныне спит.»*

Печально, что объединила судьбы этих по-своему великих людей именно война!



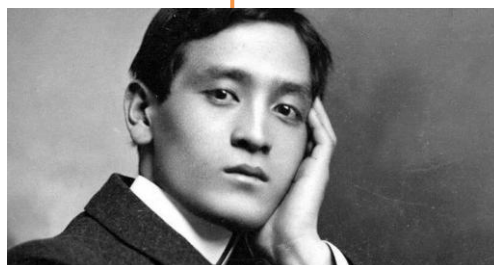
подрыв броненосца «Петропавловск»
31 марта 1904 года



«Памяти адмирала
Макарова» 13 июня 1904



«Сражение на Батумском
рейде» 1 мая 1877



**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 IX Всероссийской олимпиады
студентов и молодых ученых по психиатрии
и клинической психологии «Игры разума-2022»