

Российское общество психиатров

Совет молодых ученых

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



## **Заочный теоретический тур XIII Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума – 2026»**

### **ИТОГИ**

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

В заочном теоретическом туре XIII Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума-2026» приняли участие 81 студент и молодой ученый.

**Уважаемые участники!**

**Поздравляем вас с завершением теоретического тура олимпиады «Игры разума- 2026»!**

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

**Предлагаем правильные и лучшие ответы на задания олимпиады.**

**Задание 1.** В этом году хотим особенно отметить работу студента 4 курса Климова Матвея Сергеевича из Санкт-Петербургского государственного университета, который по мнению членов жюри по нескольким заданиям блестяще справился с их выполнением и развернуто отвечал на вопросы.

Приводим правильный полный ответ **Климова М.С., Санкт-Петербург.**

На представленном изображении мы видим характерную картину искажённого восприятия пространства; предметы в комнате пациентки выглядят непропорциональными – одни кажутся неестественно большими, другие – крошечными. Человеческие фигуры и объекты обстановки утрачивают привычные соотношения размеров, создавая ощущение “сказочного”,

сюрреалистического мира. Подобные нарушения относятся к группе психосенсорных расстройств, а именно **метаморфозий** (от греч. *meta* – изменение, *morphe* – форма, *opsis* – зрение).

Два ключевых термина:

- **Микропсия** (от греч. *mikros* – малый + *opsis* – зрение) – нарушение зрительного восприятия, при котором окружающие предметы кажутся значительно уменьшенными по сравнению с их реальными размерами. В литературе встречаются образный синонимы – “лилипутское зрение”, “карликовые галлюцинации”.

- **Макропсия** (от греч. *makros* – большой + *opsis* – зрение) – противоположный феномен: предметы воспринимаются увеличенными, гигантскими.

Важно подчеркнуть, что в отличие от галлюцинаций, при метаморфозиях объект реально существует в окружающей среде – искажается лишь его восприятие (то есть, метаморфозии являются разновидностью иллюзий). Помимо микро- и макропсии, к метаморфозиям относят также пелопсию (предметы кажутся ближе, чем на самом деле) и телеопсию (предметы кажутся дальше). Нередко эти нарушения сочетаются с расстройством восприятия собственного тела и чувством дереализации и деперсонализации.

2) Описанный симптомокомплекс носит название “**Синдром Алисы в Стране чудес**” (, САСЧ, англ. Alice in Wonderland Syndrome, AIWS), или, иначе, **синдром Тодда**.

Идея связи между переживаниями Алисы и неврологическими симптомами впервые была высказана американским психиатром Калманом Липпманом в начале 1950-х (а ещё раньше — Коулманом в 1930-х гг.), однако систематическое описание синдрома и введение термина принадлежит британскому психиатру Джону Тодду, который в 1955 году опубликовал статью, где подробно охарактеризовал это состояние. Тодд обратил внимание на то, что ряд его пациентов с мигренью и эпилепсией описывают переживания, удивительно напоминающие приключения героини одноимённой книги Льюиса Кэрролла: ощущение изменения размеров собственного тела, искажение пропорций окружающих предметов, нарушение чувства времени.

Важно отметить, что согласно оригинальному определению Тодда, облигатным (обязательным) компонентом AIWS являются соматестетические иллюзии — нарушения схемы тела, то есть искажённое восприятие размеров, массы или формы собственного тела или его частей. Визуальные метаморфозии (микропсия, макропсия) рассматривались Тоддом как факультативные (дополнительные) симптомы, которые могут сопровождать ядерные соматестетические нарушения, но сами по себе недостаточны для постановки диагноза. Впоследствии ряд авторов расширил определение, включив в него изолированные визуальные нарушения, что привело к некоторой терминологической путанице.

Помимо микро- и макропсии и нарушения схемы тела, клиническая картина AIWS может включать целый спектр переживаний: нарушение восприятия собственного тела (руки или голова кажутся огромными или крошечными), дереализацию (окружающий мир кажется “ненастоящим”, “нарисованным”), искажается восприятие времени (ощущение, что время ускоряется или замедляется), деперсонализацию (чувство отчуждения от собственного “Я”). Именно этот набор переживаний и описан Кэрроллом в его знаменитой книге.

Синдром может наблюдаться при целом ряде состояний. Наиболее частой причиной у взрослых является мигрень с аурой. У детей нередкой причиной выступает инфекция, вызванная вирусом Эпштейна-Барр (инфекционный мононуклеоз). Среди других причин – височная эпилепсия, опухоли головного мозга, а также интоксикации (ЛСД, каннабиноиды). В представленном клиническом случае в пользу мигрени свидетельствуют два ключевых факта из условия задачи: односторонняя головная боль (гемикрания) и то, что изменение восприятия возникают именно перед приступом, то есть носят характер ауры.

3) Автор книги “Алиса в Стране чудес” (1865) – **Льюис Кэрролл** (настоящее имя – Чарльз Лютвидж Доджсон, 1832-1898). По основной профессии Доджсон был преподавателем математики в оксфордском колледже Крайст-Чёрч, а литературное творчество являлось его второй, но не менее значимой деятельностью.

Предполагаемое заболевание – **мигрень с аурой** (классическая офтальмическая мигрень).

В пользу этого диагноза свидетельствуют записи из дневников самого Кэрролла. В них неоднократно упоминаются тяжёлые приступы односторонней головной боли, которые он называл «bilious headaches» (желчные головные боли). Первое однозначное описание зрительной ауры в дневниках датируется 1885 годом, когда Кэрролл записал, что «испытал во второй раз странное зрительное расстройство в виде движущихся укреплений (moving fortifications), за которым последовала головная боль». Однако косвенные свидетельства указывают на более раннее начало симптомов: в январе 1856 года он консультировался с известным офтальмологом Уильямом Боуменом по поводу проблем с правым глазом, а в семейном журнале «Mischmasch» (1855–1862) сохранился его рисунок, изображающий негативную скотому — типичное проявление мигренозной ауры. Эти данные позволили исследователям Подоллу и Робинсону в статье в журнале The Lancet аргументированно предположить, что зрительная аура у Кэрролла возникла ещё до написания «Алисы» в 1862 году.



Важно подчеркнуть, что хотя дневники подтверждают наличие у Кэрролла мигрени с типичной зрительной аурой («движущиеся укрепления» — классический симптом мерцающей скотомы), прямых упоминаний о метаморфозах (микроспии, макропии, искажении пропорций) в его дневниковых записях нет. Связь между мигренозными переживаниями Кэрролла и фантастическими эпизодами изменения размеров в «Алисе» остаётся гипотезой, впервые высказанной Липпманом (1952) и развитой Тоддом (1955). Эта гипотеза, хотя и выглядит убедительной, не может считаться окончательно доказанной.

Патофизиологически данные явления объясняются феноменом распространяющейся корковой депрессии – волной деполяризации нейронов, которая распространяется по коре головного мозга во время мигренозной ауры. При вовлечении теменной и затылочной долей, отвечающих за интеграцию зрительных и проприоцептивных сигналов, возникают характерные метаморфозы.

Стоит отметить, что помимо мигрени, у Кэрролла наблюдались и другие неврологические особенности: выраженное заикание (которое он называл своей «скромностью» — «hesitation»). Утверждение о том, что заикание якобы исчезало при общении с детьми, но сохранялось со взрослыми, является популярным мифом, не имеющим доказательной базы в документальных источниках, хотя и ставшим частью его личной мифологии) и односторонняя глухота, развившаяся вследствие перенесённой в детстве лихорадки. Существует также альтернативная гипотеза о наличии у писателя височной эпилепсии, основанная на эпизоде потери сознания с носовым кровотечением, зафиксированном в дневнике и расценённом врачами того времени как

«возможно эпилептиформный», однако мигренозная теория остаётся наиболее обоснованной и общепринятой.

Наконец. Нельзя не упомянуть распространённый миф о том, что Льюис Кэрролл якобы употреблял психоактивные вещества (грибы, опиум) при написании «Алисы». Некоторые исследователи предполагают, что Кэрролл мог быть знаком с описаниями галлюциногенных эффектов мухомора красного (*Amanita muscaria*) из работ миколога Мордекай Кьюбитта Кука, однако этот миф не имеет ни одного документального подтверждения употребления. Напротив, дневники и письма писателя свидетельствуют о том, что он вёл весьма упорядоченный и аскетичный образ жизни. Таким образом, источником фантастических образов книги послужила не интоксикация, а болезнь – мигрень с аурой, подарившая миру не только страдания, но и одно из величайших литературных произведений в истории.

**Задание 2.** В этом задании нужно было решить задачу и ответить на вопросы.

Правильно ответили не все олимпийцы, приводим правильный ответ **Шалягиной Юлии Сергеевны, г. Чебоксары.**

1) **Назовите жизнеугрожающее состояние, развившееся у пациента.**

**Серотониновый синдром.**

2) **Опишите механизм развития данного состояния, исходя из найденных препаратов. Какое именно взаимодействие стало фатальным?**

Данный синдром обусловлен избыточной активацией серотонинергической нейротрансмиссии в центральной нервной системе. В основе его развития лежит чрезмерная стимуляция серотониновых рецепторов, что приводит к нарушению регуляции психических функций, вегетативной нервной системы и нейромышечной передачи.

В представленном случае развитие серотонинового синдрома связано с комбинированным приёмом нескольких препаратов с серотонинергической активностью:

- Флуоксетин, относящийся к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, повышает концентрацию серотонина в синаптической щели.
- Трамадол, помимо опиоидного эффекта, также ингибирует обратный захват серотонина и норадреналина.
- Декстрометорфан обладает способностью усиливать серотонинергическую передачу, в том числе за счёт влияния на обратный захват серотонина.

Одновременное применение данных препаратов приводит к кумулятивному увеличению уровня серотонина и его патологическому воздействию на рецепторные структуры. Наиболее значимым лекарственным взаимодействием в данном случае является сочетание селективного ингибитора обратного захвата серотонина (флуоксетина) с трамаделом, обладающим сходным механизмом влияния на серотонинергическую систему; декстрометорфан усиливает данный эффект.

Клиническая картина пациента соответствует классической триаде серотонинового синдрома: изменения психического статуса («**пациент дезориентирован, возбужден, речь бессвязна**»), вегетативная дисфункция («**Кожные покровы горячие, профузный пот. Температура тела 39,5°C, ЧСС 130 и нейромышечные нарушения**») и **нейромышечные нарушения** («**Отмечается мышечная скованность ног, гиперрефлексия, тремор рук, расширение зрачков**»).

3) **Назовите препарат, применяемый при тяжелом течении этого синдрома, не по назначению, обычно его используют для лечения аллергических реакций, профилактики приступов мигрени.**

**При тяжелом течении данного синдрома используется ципрогептадин. Его терапевтический эффект обусловлен блокадой серотониновых рецепторов.**

**Задание №3.** Абсолютно все олимпийцы справились с заданием. Приводим работу **Климова М.С., г. Санкт-Петербург.**

Миф	Психологический термин	Определение термина	Примеры из мифа	Расстройства, где встречается	Историческая связь
Пример: Пан	Паническая атака	Внезапный приступ интенсивного страха или дискомфорта, сопровождающийся вегетативными симптомами (сердцебиение, потливость, дрожь, одышка)	1. Внезапное появление Пана вызывало ужас. 2. Люди бросались бежать без оглядки. 3. Страх передавался толпе	Паническое расстройство, ПТСР.	От имени бога Пана происходит слово «паника» — безотчётный ужас
1. Эхо	1. Эхолалия 2. Эхопраксия 3. Эхомимия (семейство эхо-симптомов, объединенных общим корнем мифологического происхождения)	1. Непроизвольное, автоматическое воспроизведение пациентом услышанных слов или фраз, лишённое собственного речевого замысла. Различают немедленную (мгновенное повторение) и отсроченную (воспроизведение спустя время) эхолалию 2. Эхопраксия — произвольное, автоматическое копирование действий и жестов окружающих. 3. Эхомимия — произвольное воспроизведение мимики собеседника. <i>Все три феномена отражают одну и ту же патологическую «отражённую» реактивность — в речевой, моторной и</i>	1. Нимфа Эхо была наказана Герой и могла лишь повторять последние слова собеседника 2. Эхо не могла выразить собственные чувства Нарциссу — только «отражала» его слова 3. После отвержения от неё остался только голос — повторение без личности	1. Эхолалия: Расстройства аутистического спектра (РАС), кататоническая шизофрения, синдром Туретта, лобно-височная деменция 2. Эхолалия, эхопраксия, эхомимия: кататоническая шизофрения	Имя нимфы Эхо стало нарицательным сначала для акустического явления (эхо), а затем было заимствовано в психиатрическую терминологию для описания целого семейства «эхо-симптомов»: эхолалии (патологическое «отражение» речи), эхопраксии («отражение» действий) и эхомимии («отражение» мимики). Примечательно, что миф об Эхо неразрывно связан с мифом о Нарциссе — от имени которого Поль Нэке в 1899 году ввёл термин «нарциссизм», ставший после работ Фрейда (1914) одним из центральных понятий психоанализа

		<i>мимической сферах соответственно.</i>			
2. Мнемозина	1. Мнестические расстройства (дисмнезии). 2. Мнемоника (мнемотехника) 3. Энграмма	1. Мнестические расстройства — группа нарушений памяти, включающая количественные расстройства: гипомнезия (ослабление памяти), амнезия (её утрата — антероградная, ретроградная, фиксационная), гипермнезия (патологическое обострение); а также качественные расстройства — парамнезии: конфабуляции (ложные воспоминания, которые пациент принимает за реальные), псевдореминисценции (смещение реальных событий во времени), криптомнезии (присвоение чужого опыта как своего собственного). 2. Мнемоника (мнемотехника) — система методов и приёмов, облегчающих запоминание информации через создание ассоциативных связей. 3. Энграмма — устойчивое изменение в структуре нервной ткани,	1. Мнемозина – титанида, богиня памяти, знавшая “всё, что было, всё, что есть, и всё, что будет”. 2. Мнемозине противопоставляется река Лета (забвение).	1,3. Мнестические расстройства: Нейродегенеративные заболевания (например, болезнь Альцгеймера), корсаковский синдром (фиксационная амнезия), диссоциативная амнезия.	От греч. Mneme – память. Богиня олицетворяла когнитивную функцию. В медицине корень используется для обозначения памяти (мнестический), её нарушения (дисмнезии), её отсутствия (амнезия). Имя Мнемозины дало корень всему спектру наук о памяти — от клинической психиатрии до молекулярной нейробиологии.

		возникающее в результате воздействия опыта и составляющее физический субстрат памяти.			
3. Пигмалион	1. Эффект Пигмалиона (эффект Розенталя). 2. Пигмалионизм (агальматофилия)	1. Эффект Пигмалиона — феномен, при котором повышенные ожидания в отношении человека приводят к реальному улучшению его результатов. 2. Пигмалионизм — парафилия с влечением к статуям, куклам.	1. Пигмалион влюбился в созданную им статую, отвергнув живых женщин 2. Обращался со статуей как с живой: целовал, одевал, дарил подарки 3. Афродита оживила Галатею — вера Пигмалиона трансформировала реальность	1. Эффект Пигмалиона проявляется при любых расстройствах через терапевтический альянс 2. Пигмалионизм: парафилии (F65) — агальматофилия; бредовые расстройства	Миф породил два понятия: эффект Розенталя (1968) стал основой социальной психологии; пигмалионизм вошёл в психиатрию как обозначение парафилии.
4. Танатос	1. Танатофобия (навязчивый страх смерти). 2. Танатос (как влечение к смерти (концепт Фрейда)) 3. Танатофилия	1. Танатофобия — иррациональный, устойчивый страх собственной смерти с тревогой и избеганием. 2. Танатос (по Фрейду) — деструктивное влечение к покою, разрушению; при направленности на себя — аутоагрессия. 3. Танатофилия — патологическое влечение к смерти, мертвым телам, атрибутике смерти и процессу умирания (одними авторами выделяется как отдельная форма некрофилии, другими приравнивается к некрофилии)	1. Танатоса боялись даже боги — неотвратимость смерти 2. Сизиф заковал Танатоса в цепи — попытка «обмануть» неизбежное (избегание при фобиях, попытка репрессии деструктивных импульсов по Фрейду) 3. Танатос — брат-близнец Гипноса (сна) — связь смерти и покоя	1. Генерализованное тревожное расстройство, ипохондрическое расстройство, паническое расстройство 2. Депрессивные расстройства, аутоагрессивное поведение 3. Парафилии (F65)	Имя, являющееся синонимом смерти, вошло в: клиническую психиатрию (танатофобия и танатофилия не выделены как самостоятельные диагнозы — рассматривается в рамках специфических фобий и как симптом тревожных расстройств или в рамках парафилий, соответственно), психоанализ (Танатос — влечение к смерти, Фрейд, 1920), медицину (танатология, танатогенез).

		вообще.			
--	--	---------	--	--	--

**Задание №4.** На вопросы этого задания блестяще ответила **Васильченко Вероника Владимировна, г. Санкт-Петербург.** Публикуем ее ответ:

**1) О ком идет речь?**

Речь идет о шляпниках (мастерах по изготовлению фетровых шляп). В XVIII-XIX веках представители этой профессии массово страдали специфическим профессиональным заболеванием, обусловленным технологическим процессом обработки войлока (фетра). В английском языке закрепились устойчивая идиома «mad as a hatter» («безумный как шляпник»), которая вошла в широкое употребление после публикации романа Льюиса Керролла «Алиса в Стране чудес» (1865), где был изображен персонаж Безумный Шляпник.

**2) Назовите металл, хроническое отравление которым вызывало эту клиническую картину.**

Хроническое отравление вызывала ртуть, если быть точнее, ее соли - нитрат ртути(II), который использовался в процессе обработки фетра для придания шляпам формы и блеска. В технологии изготовления шляп войлок обрабатывали раствором нитрата ртути («ртутное протравливание»), после чего нагревали. В процессе нагревания пары ртути выделялись в воздух, и шляпники вдыхали их в течение многих лет, что приводило к хронической интоксикации. Заболевание носило название меркуриализм (от лат. Mercurius - Меркурий, ртуть). Хроническое отравление ртутью поражало центральную и периферическую нервную систему, желудочно-кишечный тракт, почки и другие органы.

**3) В старой психиатрии этот симптомокомплекс (сочетание робости, тревоги и смущения при появлении посторонних) назывался... (слово греческого происхождения).**

Этот симптомокомплекс назывался эреитофобией (от греч. *ἐρεύθω* - краснеть + *φόβος* - страх). Термин дословно переводится как «боязнь покраснеть», однако в клинической практике XIX - начала XX века он использовался в более широком значении - для обозначения навязчивого страха покраснеть, смутиться, показать свою неловкость в присутствии других людей, что сопровождалось вегетативными реакциями (покраснением лица, сердцебиением, потливостью, дрожью). Эреитофобия рассматривалась как один из симптомов неврастения, социофобии, а также входила в структуру клинической картины хронической ртутной интоксикации у шляпников.

**Задание №5.** В этом задании необходимо было прочитать повесть и ответить на вопросы. Блестяще справился с этим заданием **Климов М.С., г. Санкт-Петербург.** Публикуем его ответ:

1) Главный герой — лейтенант Володька, 21–22 лет. В ходе многомесячных боёв подо Ржевом он прошёл путь от командира взвода до ротного: после гибели прежнего командира роты принял командование ротой, как он сам говорит — «всё-таки ротным под конец был». Прибыв в Москву на 45-дневный отпуск после ранения (весна–лето 1942 г.), он проявляет признаки сложного комплекс нарушения, затрагивающих все основные сферы психической деятельности.

**Эмоциональная сфера:**

*Эмоциональное притупление.* С первых страниц повести окружающие отмечают разительно изменившийся облик героя. Пассажиры трамвая шарахаются от него. Женщина, уступившая место, вздрагивает, когда он глядит на неё «такими мёртвыми глазами». Мать говорит: глаза у него «очень усталые и какие-то пустые», в них ей «страшно глядеть». Юлька, Тоня, Сергей — все поражены произошедшими в нём переменами. Герой безразличен к медали «За отвагу», равнодушен к довоенным привязанностям, не может в полной мере ощутить радость возвращения. У порога своей квартиры стоит уже не «тот отчаянный, шальной лейтенант», а «намученный, издёрганый донельзя мальчишка, для которого всё пережитое подо Ржевом было непосильно трудно».

*Раздражительность и вспышки неконтролируемой агрессии.* Раздражение нарастает при каждом столкновении с контрастом между фронтом и тылом: мужчины «побритые и при галстучках» в трамвае, роскошь «коктейль-холла». В ресторане Володька бьёт по лицу знакомого студента Игоря, затем выхватывает пистолет и под угрозой оружия заставляет посетителей встать

на две минуты молчания — «помянете, гады, мою битую-перебитую роту!». Характерно его признание: «Мне стрелять охота, Серёжка».

**Глубокое и устойчивое чувство вины.** Центральное переживание Володьки — вина за гибель сержанта Степанова. В первом бою молодой лейтенант проигнорировал совет опытного помкомвзвода, предлагавшего обходной путь по ложине, и повёл людей напрямик. Результат: «сержанта насмерть, и треть взвода на поле осталась». Второй источник мучений — убийство немецкого солдата ножом при захвате «языка», после чего Володька ощутил: он «стал другим и никогда уже больше не сможет стать прежним. Это необратимо».

**Дереализация.** Стойкое ощущение нереальности: Володька «всё ещё не мог представить реально, что это московские улицы, что он живой и едет домой». Ему кажется, что «либо сон это, либо сном был Ржев... Одно из двух! Совместить вместе их нельзя!»

#### **Когнитивная сфера**

**Навязчивые воспоминания (интрузии).** Фронтальные образы непрерывно вторгаются в сознание. В ресторане перед внутренним взором встают «изрытое воронками поле, шатающиеся от усталости и голода бойцы в грязных шинелях... вонь от тухлой конины, незахороненных трупов», и рука непроизвольно тянется к пистолету.

**Утрата интересов.** Книги, которые раньше захватывали, оставляют равнодушным — «этот, когда-то захватывающий его, книжный мир с его выдуманными героями сейчас оставил его равнодушным». Институт, о котором мечтал, кажется бесконечно далёким.

**Навязчивые руминации.** Во второй половине отпуска Володька «без конца прокручивал в голове Ржев», ходит из угла в угол, чем вызывает нарастающее беспокойство матери.

#### **Поведенческая сфера**

**Систематическое избегание.** Отказ рассказывать матери о фронте; невозможность зайти в дом погибшего друга Толи Кузнецова (откладывает весь отпуск); мучительное оттягивание визита к вдове Степанова; стремление избавиться от ватника — «надо его выкинуть, к чёрту, или сжечь»; нежелание выходить во двор — «боялся встретить матерей тех ребят, которые уже не вернуться».

**Злоупотребление алкоголем.** В первый же день просит водку и выпивает полный стакан одним махом. Позднее — тяжёлый эпизод опьянения у инвалида Егорыча с полной потерей контроля, агрессивными намерениями и растратой почти всех денег.

**Повышенная настороженность.** Постоянное ношение заряженного «вальтера» — невозможность ощутить себя в безопасности даже в мирной Москве.

**Нарушения сна.** Боевые кошмары: заснеженное поле с подбитым танком и голос убитого ротного «Надо, Володька, надо...»; бомбёжка «юнкерсами», при которой бомба летит прямо на него.

#### **Динамика состояния**

Прослеживается неравномерная, но положительная динамика. Первая фаза (приезд): острая дезадаптация, агрессия, отчуждённость. Средняя фаза: постепенное привыкание к тылу, общение с фронтовиками и инвалидами, осмысление реальности. Встреча с Тоней знаменует эмоциональное «оттаивание». Кульминация: визит к вдове Степанова — Володька, «не позволивший себе ни единой слезинки на передовой», рыдает, и чувствует, как «с каждым толчком его сердца выбивалась из него та холодная тяжесть, которую носил он все дни отпуска». Однако полного выздоровления не наступает — к финалу он уже мысленно «вырубил себя из московской жизни... Он был уже там, подо Ржевом, рядом со своими ребятами».

2) У героя имеются **выраженные признаки необходимости профессиональной помощи** — психиатрической, психотерапевтической и психологической.

#### **Психиатрическая помощь**

**Социально опасное поведение.** Эпизод с пистолетом в «коктейль-холле» свидетельствует о нарушении контроля над импульсами. Хотя затвор не был взведён, окружающие были убеждены в реальности угрозы. Тоня называет его «сумасшедшим». Подобный эпизод требует экстренной психиатрической оценки.

**Риск формирования зависимости.** Тяжёлое опьянение с утратой контроля является типичным коморбидным феноменом при ПТСР — алкоголь используется как форма «самолечения».

**Клинически значимая выраженность симптоматики.** Совокупность нарушений — навязчивые переживания, системное избегание, стойкое повышение возбудимости, эмоциональное притупление — достигает уровня, требующего фармакотерапии.

#### **Психотерапевтическая помощь**

**Неинтегрированный травматический опыт.** Травматические воспоминания не переработаны и не вписаны в биографию — информация о травме существует в активной памяти, формируя порочный цикл интрузий и избегания.

**Дисфункциональные убеждения.** Патологическая вина за гибель Степанова и ощущение необратимого нравственного повреждения (так называемое моральное повреждение — moral injury) после убийства немца.

**Наличие спонтанных терапевтических механизмов.** Рассказ Тоне о фронте (стихийная экспозиция) и катарсический плач у вдовы Степановой привели к облегчению — это свидетельствует о высоком потенциале для целенаправленной психотерапии.

#### **Психологическая помощь**

**Потребность в психообразовании.** Ни Володька, ни его мать не понимают природу происходящего. Разъяснение того, что его состояние — закономерная реакция на запредельный опыт, а не «слабость», — необходимый первый шаг.

**Нарушение социального функционирования.** Неспособность включиться в мирную жизнь, утрата интересов, отчуждённость от близких.

**Экзистенциальный кризис.** Переживание конечности жизни, ощущение, что «ничего не испытал, ничего не сделал, а жизни-то впереди только полтора месяца».

В условиях 1942 года никакой системы психологической помощи комбатантам не существовало. Однако Володька обладает значительными внутренними ресурсами — высокой рефлексивностью, способностью к привязанностям, развитым нравственным чувством, — что делает его потенциально отзывчивым к профессиональной помощи.

### **3) Основной диагноз: F43.1 — Посттравматическое стрессовое расстройство**

ПТСР — психическое расстройство, возникающее вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера. Военные действия входят в перечень типичных пусковых факторов. Основные проявления — повторные переживания травматического события в ситуации «здесь и сейчас», сопровождающиеся тревогой, гневом, чувством вины или безнадёжности, а также стремлением избегать напоминающие о травме стимулы.

#### **Соответствие критериям МКБ-10:**

**А — травматическое событие:** многомесячные бои подо Ржевом; убийство противника холодным оружием; гибель товарищей на глазах; голод, истощение; невозможность эвакуировать и захоронить убитых.

**Б — повторные переживания:** навязчивые образы фронта; боевые ночные кошмары; острые флэшбэки при столкновении с триггерами (роскошь ресторана, обнаружение ватника).

**В — избегание:** отказ говорить о фронте; невозможность зайти к матери Толи; откладывание визита к вдове; стремление уничтожить ватник.

**Г — симптомы повышенной возбудимости (все пять из пяти):** нарушения сна; раздражительность и вспышки гнева; затруднения концентрации; повышенная настороженность (ношение пистолета); усиленная реакция на внезапные раздражители (реакция на зенитные залпы).

**Д — временной критерий:** симптомы возникли непосредственно после травматических событий, сохраняются на протяжении всего отпуска.

Следует отметить, что травма Володьки носит не единичный, а кумулятивный, пролонгированный характер (многомесячные бои), что в рамках МКБ-11 соответствует понятию комплексного ПТСР (6B41) — включающего, помимо основных симптомов ПТСР, стойкие нарушения аффективной регуляции (от эмоционального притупления до неконтролируемых вспышек ярости), негативные изменения представлений о себе (чувство вины, несостоятельности) и нарушения социального функционирования.

#### **Коморбидные состояния**

**F10.1 — Пагубное употребление алкоголя:** тяжёлый эпизод опьянения как форма «самолечения».

**F43.2 — Расстройство адаптации:** выраженные трудности реинтеграции в мирную жизнь, дереализация.

### **Дифференциальная диагностика**

Исключаются: F43.0 — острая реакция на стресс (по временному критерию); F32 — депрессивный эпизод (способность к переживанию радости и положительных эмоций сохранена — встреча с Тоней, Бухановым); F60 — расстройства личности (преморбидно адаптирован); шизофрения (нет бреда, галлюцинаций; критика полностью сохранена).

4) Современный подход к лечению ПТСР предполагает комбинацию психофармакотерапии и психотерапии, выбранную индивидуально с учётом клинических характеристик, особенностей личности и доступных ресурсов.

### **Психофармакотерапия**

**Первая линия:** антидепрессанты из группы СИОЗС — пароксетин (20–60 мг/сут), сертралин (50–200 мг/сут) или флуоксетин (20–40 мг/сут), либо венлафаксин (75–225 мг/сут). Направлены на снижение интенсивности интрузий, уменьшение чувствительности к триггерам, стабилизацию настроения. Эффективность оценивается через 4–6 недель; длительность курса — 6–12 месяцев после стабилизации.

**Для купирования тревоги и раздражительности** — краткосрочно анксиолитики. Учитывая эпизод пагубного употребления алкоголя у Володьки (фактор риска зависимости), бензодиазепины нежелательны; предпочтительны тофизопам (50–300 мг/сут, без формирования зависимости), гидроксизин (25–100 мг/сут) или этифоксин (50–150 мг/сут).

**Для лечения боевых ночных кошмаров** — празозин (1–10 мг/сут).

**При сохраняющейся эксплозивности** (как в сцене с пистолетом) — антипсихотики в низких дозах (рисперидон, кветиапин) как дополнение к основной терапии.

### **Психотерапия**

Является обязательным компонентом лечения и в отношении устойчивости эффекта превосходит фармакотерапию.

**Когнитивная психотерапия** (15–20 сессий): работа с дисфункциональными убеждениями — «я виноват в гибели Степанова» (разграничение ответственности и обстоятельств боя), «я стал другим навсегда» (дифференциация изменения и утраты человечности). Преодоление паттернов избегания.

**КПТ с пролонгированной экспозицией** (15–20 сеансов): систематическое обращение к травматическим воспоминаниям в безопасной обстановке. В повести спонтанная экспозиция (рассказ Тоне, визит к Степановой) уже дала выраженный эффект — это подтверждает высокий потенциал метода.

**Нарративная экспозиционная терапия** (4–10 сессий): создание связного жизненного нарратива, где травма — часть биографии, а не определяющее событие.

**ДПДГ** (6–12 сессий): для переработки конкретных травматических эпизодов — убийство немца, гибель Степанова, гибель ротного.

**Диалектическая бихевиоральная терапия** (40–50 сессий): при множественной травматизации — обучение эмоциональной регуляции и переносимости дистресса.

### **Реабилитация**

**ЛФК** — физические упражнения доказанно снижают симптомы ПТСР: тревогу, депрессию, нарушения сна. Рекомендуются 3 раза в неделю по 30–60 минут, 12 недель. Володька интуитивно нашёл этот путь — занятия с обрезком рельса и длительные пешие прогулки.

**рТМС** (10 процедур) и **БОС-терапия** (10–12 процедур) — для купирования возбуждения и обучения саморегуляции.

**Работа с семьёй** — разъяснение матери природы изменений в сыне, обучение навыкам поддержки. Вовлечение семьи снижает изоляцию и ускоряет реабилитацию.

**Перед возвращением на фронт** — обучение навыкам саморегуляции (дыхательные техники, управление гневом, «заземление» при флэшбэках).

*С позиций современной военной психиатрии, состояние Володьки на момент отпуска требует проведения психолого-психиатрической экспертизы (ВВК). Из-за выраженности симптомов (особенно неконтролируемых вспышек гнева с демонстрацией оружия и начала злоупотребления алкоголем) современный врач признал бы его (как минимум) временно негодным к военной службе (категория «Г») с обязательным направлением на медико-психологическую реабилитацию. Возвращение на передовую бойца в острой фазе ПТСР недопустимо, так как несет прямую угрозу его жизни и жизни его сослуживцев. Однако, учитывая высокую мотивацию героя и его «моральную травму» (чувство вины перед оставленными товарищами), полное*

*отстранение от службы (комиссование) могло бы усугубить депрессию. Поэтому целью современной терапии было бы достижение стойкой ремиссии, после которой комиссия принимала бы решение о его годности к возвращению в строй.*

*Вопрос допустимости возвращения героя на фронт и выбора целевой реабилитации представляет собой сложную этическо-медицинскую дилемму. Она заключается в необходимости определить границы экстраполяции: переносим ли мы в реалии 1942 года только современные методы терапии ПТСР, или же мы вправе применить к Володьке и современные организационно-правовые концепции военно-врачебной экспертизы? Иными словами, если в этом гипотетическом сценарии мы допускаем альтернативную систему здравоохранения, при которой боец в острой фазе ПТСР освобождается от немедленного возвращения на передовую (признается временно негодным или комиссуется), то вектор реабилитации должен быть радикально расширен. В таком случае программа помощи была бы направлена не на краткосрочное купирование симптомов для возвращения в строй, а на глубокую, долгосрочную ресоциализацию, проработку «моральной травмы» и адаптацию к мирной жизни.*

### **Прогноз**

Неблагоприятные факторы: предстоящее возвращение на фронт, начавшееся злоупотребление алкоголем.

Благоприятные (преобладают): отсутствие расстройств в анамнезе, высокая рефлексивность, социальная поддержка, способность к эмоциональному отреагированию (катарсис у Степановой), сохранность нравственного чувства.

5) Вячеслав Леонидович Кондратьев (1920–1993) прошёл через тот же опыт, что и его герой. Призванный в армию в 1939 году, он служил на Дальнем Востоке, а после начала войны попросился на фронт. В 1942 году воевал подо Ржевом — помощник командира взвода, сержант. Был ранен, получил отпуск, вернулся на фронт, ранен повторно, комиссован в 1943–1944 годах. «Отпуск по ранению» во многом описание собственного опыта возвращения в Москву после ржевских боёв.

Важно отметить художественное преломление автобиографии: Кондратьев подо Ржевом был сержантом и помкомвзвода, тогда как его герой Володька — лейтенант, выросший до ротного. Войну Кондратьев начал сержантом, а окончил лейтенантом — но его ржевский опыт, составляющий основу повести, относится к сержантскому периоду. Это «повышение» героя, возможно, отражало потребность автора в дистанции от травматического материала.

Кондратьев делал наброски о войне с начала 1950-х годов, однако систематическая работа началась позже, а первое опубликованное произведение — повесть «Сашка» — вышло только в 1979 году, при решающей поддержке К.М. Симонова. «Отпуск по ранению» опубликован в 1980-м. Между боевым опытом и его литературным осмыслением прошло почти четыре десятилетия.

Сам Кондратьев говорил о причинах столь долгого молчания: писать неправду о войне было для него невозможно, а правду — невозможно было напечатать. Известно также, что его однополчане приходили к нему во сне — он вёл с ними долгие разговоры, вспоминал по именам. Это клинически значимый факт: навязчивые повторные переживания травматического события в форме повторяющихся сновидений — один из основных симптомов ПТСР.

С точки зрения психологии травмы, ПТСР может принимать хроническое течение с длительным латентным периодом. Катамнестические исследования ветеранов показывают нарастание выраженности расстройств со временем, а состояния, первоначально квалифицированные как стрессовые реакции, спустя годы могут проявляться преимущественно изменениями личности. Сам процесс написания произведений о войне можно рассматривать как форму отсроченной нарративной переработки травмы — создание связного жизненного нарратива, в контекст которого вписывается травматический опыт, — по существу, то, что в современной психотерапии является методом с доказанной эффективностью, только выполнявшееся без профессионального сопровождения.

23 сентября 1993 года Кондратьев покончил с собой — застрелился из припрятанного трофейного пистолета. Ему было 73 года. Суицид — один из наиболее тяжёлых возможных исходов хронического ПТСР; оценка суицидального риска входит в обязательный перечень диагностических мероприятий, а наличие суицидального риска — прямое показание для госпитализации.

Обстоятельства гибели несут глубокое символическое измерение: трофейный пистолет — оружие, взятое у врага на той самой войне, которая не закончилась для Кондратьева никогда. В

повести Володька тоже постоянно носит при себе трофейный «вальтер» и в нескольких эпизодах демонстрирует готовность его применить. То, что в повести было тревожным симптомом, в жизни стало орудием гибели.

Среди факторов, способствовавших трагическому исходу, помимо хронического нелеченного ПТСР, вероятно, сыграли роль и обстоятельства начала 1990-х: крушение страны, ради которой воевало его поколение, обесценивание жертв, утрата социальной поддержки — фактор, который в современных классификациях является одним из значимых предикторов затяжного и неблагоприятного течения ПТСР.

Поразительное хронологическое совпадение: «Отпуск по ранению» опубликован в 1980 году — в тот же год, когда ПТСР впервые появилось как самостоятельный диагноз в международной классификации (DSM-III). Кондратьев создал клинически безупречный портрет боевой психической травмы, не зная о существовании такого диагноза, — опираясь исключительно на собственный опыт. Все основные симптомы, описанные в современных руководствах — интрузии, избегание, эмоциональное онемение, гипервозбудимость, ночные кошмары, эксплозивность, злоупотребление алкоголем, чувство вины, дереализация — присутствуют в повести с точностью, превосходящей многие учебные описания.

Кондратьев стал главным литературным летописцем ржевских боёв — одного из наиболее замалчиваемых эпизодов войны с катастрофическими потерями. Невозможность открыто обсуждать масштаб потерь блокировала переработку травмы у целого поколения ветеранов. Отсутствие социальной поддержки после травматического события — один из важнейших предикторов затяжного течения ПТСР. Литературная деятельность Кондратьева выполняла функцию, близкую к психологическому просвещению: давала язык для описания опыта, которому не было слов, способствовала дестигматизации переживаний, связанных с боевой травмой.

Биография Кондратьева и его повесть значимы для психиатрии в нескольких аспектах. Это уникальный клинический случай боевого ПТСР, описанный изнутри, с недоступной внешнему наблюдателю точностью. Это наглядная демонстрация естественного течения нелеченного ПТСР на протяжении всей жизни — от острой травмы через десятилетия латентного существования к отсроченной попытке переработки через творчество и, наконец, к суицидальному исходу. Это разрушение стигмы: повесть показывает, что ПТСР — не слабость и не трусость, а закономерная реакция нравственно чуткого человека на запредельный боевой опыт. Как сформулировала мать Володьки, это «может быть, совесть» — и именно люди с развитым нравственным чувством оказываются наиболее уязвимы.

Наконец, судьба Кондратьева — мощный аргумент в пользу необходимости развития системы психиатрической и психотерапевтической помощи участникам боевых действий. Целое поколение фронтовиков прошло войну без какой-либо психологической поддержки. Современные возможности — комбинация фармакотерапии, доказательных методов психотерапии, реабилитации и семейной работы — позволяют существенно изменить эту картину, но только при условии своевременного обращения и доступности квалифицированной помощи.

### **Задание №6. Блестяще справилась с этим заданием **Мазанович Елена Александровна, Краснодар.****

Автор представленных картин американский художник фигуративист **Уильям Чарльз Утермолен** (1933-2007). Утермолен – художник уникальный, запечатлевший на холсте то, чего никому не удавалось, совершивший настоящий подвиг, творческий и научный.

Рисовал Уильям всегда – с раннего детства и до тех пор, пока мог держать в руках карандаш и осознавать окружающий мир. Близкие не помнят его не рисующим.

Утермолен известен своими поздними автопортретами, написанными после того, как ему в 1995 году поставили диагноз «вероятная болезнь Альцгеймера», но прогрессирующая потеря памяти у него наблюдалась уже после 66 лет, с 1989-1991 г. Узнав, что у него **болезнь Альцгеймера** (после 1995 года), художник Уильям Утермолен стал рисовать то, что еще никому не удавалось. Последний из его автопортретов был закончен в 2000 году, примерно за шесть лет до его смерти.

Большую часть жизни Утермолен провел в безвестности. Его ранние работы были в основном фигуративны, т.е. образны. Он занимался портретной живописью, расписывал также фресками. В работах до потери памяти присутствуют насыщенные цвета и «привлекательная пространственная композиция», которая подчеркивает действия людей на картинах. Поздние же работы, его

автопортреты важны для понимания постепенных изменений, вызванных нейрокогнитивными расстройствами, и стали одними из самых узнаваемых произведений искусства, посвященных болезни Альцгеймера.

Утермолен страдал от потери памяти уже в 1989-1991 г.г., когда работал над серией картин «Разговор», в это время он не мог завязать галстук или найти дорогу в свою квартиру; у него были проблемы с речью и восприятием времени суток. На картине «Снег» (одна из картин серии «Разговор») Утермолен изобразил себя отдельно от группы из пяти человек за столом. Возможно, что он этим пытался выразить свои трудности с вербальным общением, когда писал «Снег».

В период с 1993 по 1994 год он создал серию литографий по мотивам рассказов поэта времен Первой мировой войны Уилфреда Оуэна. К тому времени он часто забывал о своих занятиях.

Потеря памяти, проблемы с речью, нарушение способности справляться с повседневностью у Утермолена наблюдалась после 66 лет. При анализе автопортретов художника в хронологическом порядке, обнаруживается постепенная потеря навыков рисования. Поэтому, вероятнее всего, у него была болезнь Альцгеймера.

Болезнь Альцгеймера – наиболее распространённая форма деменции, которая, как правило, обнаруживается у людей старше 65 лет, и начинается с малозаметных (минимальных) симптомов, но с течением времени постепенно прогрессирует: происходит потеря памяти, возникают нарушения речи и когнитивных функций, пациент теряет способность ориентироваться в обстановке и ухаживать за собой.

При болезни Альцгеймера со временем постепенно происходит потеря навыков чтения и письма, всё более нарушается координация при выполнении сложных последовательностей движений, что снижает способность человека справляться с большинством повседневных задач, усиливаются проблемы с памятью, из-за чего также постепенно теряются навыки рисования, что и продемонстрировал Утермолен.

Хронологическая серия автопортретов с 1996 года по 2000 год, созданная художником Утермоленом, демонстрирует, как по мере прогрессирования болезни Альцгеймера происходил регресс навыков рисования: художник-профессионал постепенно становился дилетантом, а автопортреты 2000 года сопоставимы с рисунками маленького ребенка, который только что учится рисовать. На ранних стадиях болезнь не влияла на его способность рисовать и не оказывала существенного влияния на его память, но по мере прогрессирования деменции его автопортреты становились все более абстрактными, и Утермолен «постепенно использовал все меньше цвета». В поздних автопортретах мазки стали более густыми, чем в его ранних работах, работы становились все более искаженными и менее красочными. В последнем автопортрете едва можно уловить черты лица.

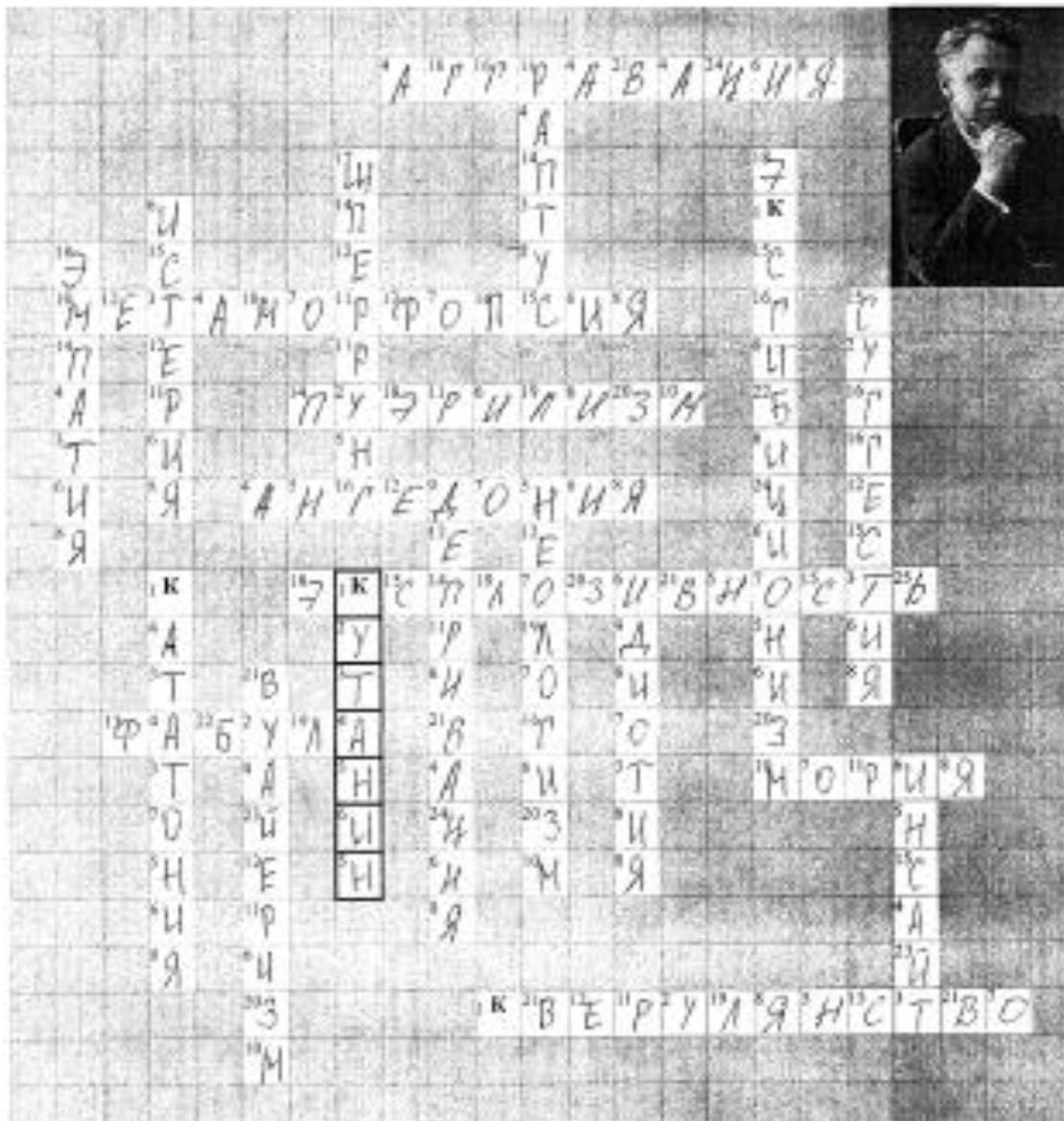
Уильям прекрасно знал, чем закончится его болезнь и стал рисовать особенно усердно. В доме Утермолена были завешаны зеркала, потому что он боялся того, что в них отражалось, и перестал использовать их для автопортретов – рисовал по памяти. После установления диагноза он прожил двенадцать лет, что указывает на то, что арт-терапия это не только способ успокоиться, но и мощный инструмент в борьбе с заболеваниями, подобными Альцгеймеру.

В 2000-м Утермолен написал последний автопортрет, в 2002 году уже не мог рисовать, а с 2004 года находился в доме престарелых «Принцесса Луиза». Умер в 2007 г. в возрасте 73 лет.

Все картины вдова Уильяма передала в британскую Ассоциацию болезни Альцгеймера. Автопортреты стали одним из самых узнаваемых изображений когнитивных нарушений, вызванных болезнью Альцгеймера, в искусстве.

**Задание №7.** Члены жюри высоко оценили ответ на ключворд **Фецура Игоря Владимировича, г. Тула**, который представил интересные факты о терминах, указанных в задании. Обращаем ваше внимание, что термин «кверулянство/кверулянство» может иметь различное написание, что не является ошибкой. Публикуем его ответ:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
К	У	Т	А	Н	И	О	Я	Д	М	Р	Е	Ф
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
П	С	Г	Ш	Э	Л	З	В	Б	Й	Ц	Ч	



1 – К, 2 – У, 3 – Т, 4 – А, 5 – Н, 6 – И, 7 – О, 8 – Я, 9 – Д, 10 – М, 11 – Р, 12 – Е, 13 – Ф, 14 – П, 15 – С, 16 – Г, 17 – Ш, 18 – Э, 19 – Л, 20 – З, 21 – В, 22 – Б, 23 – Й, 24 – Ц, 25 – Ч.

**P.S.** Дефект – кверулянтство.

#### Интересные факты про термины.

**Аггравация** – в начале XX века психиатры выделяли особую форму — «судебную аггравацию».

Человек, реально пострадавший в ДТП или драке, мог бессознательно (под влиянием стресса и желания справедливости) начинать описывать боль как невыносимую, хотя объективно повреждения были лёгкими. Такую аггравацию называли «психической» — и она не считалась обманом, так как пациент сам верил в своё состояние.

**Раптус** – в средневековой медицине термин перекочевал в гинекологию: существовал диагноз «раптус матки» — якобы внезапное «подскакивание» матки к диафрагме или горлу, вызывающее удушье и истерику.

**Шперрунг** – немецкие психиатры начала XX века (особенно К. Ясперс и Э. Блейлер) сознательно использовали техническую метафору. На железной дороге *Sperrung* означало внезапную блокировку движения поездов – стрелка переводилась в положение «стоп», и состав застыл на

путях. В электротехнике «шперрунг» — это запирающее напряжение на сетке радиолампы или транзистора, которое резко прекращает прохождение тока.

**Истерия** – самый неожиданный факт связан с «истерической дугой». В XIX веке при больших истерических припадках (описанных Шарко) тело пациента выгибалось дугой – опора только на затылок и пятки. Этот симптом считался патогномичным для истерии.

**Эмпатия** – термин *Empathie* был введён в 1903 году немецким психологом Теодором Липпсом для обозначения проекции собственных чувств на объект искусства. То есть эмпатия изначально была эстетическим понятием, а не психологическим инструментом помощи людям.

**Метаморфопсия** – классическим примером метаморфопсии служит «синдром Алисы в Стране чудес» (микро- и макропсия).

**Пуэрилизм** – этот психиатрический симптом долгое время путали с сознательной игрой в ребёнка, хотя на самом деле это неконтролируемый защитный механизм мозга при экстремальном стрессе.

**Ангедония** – это понятие было введено в научный оборот французским психологом Теодюлем Рибо в 1896 году, но сам феномен описал на полвека раньше... английский поэт-романтик и одновременно опиоидный наркоман.

**Депривация** – это понятие родилось не в психологии и не в медицине, а в... социологии и экономике Великой депрессии. Вот неожиданный исторический поворот: в 1930-е годы британские социологи изучали феномен «относительной депривации» — ситуацию, когда человек объективно не голодает, но чувствует себя обделённым, потому что сосед имеет больше.

**Неологизм** – Льюис Кэрролл в «Алисе в Стране чудес» создал десятки неологизмов, которые психиатры позже назвали «семантическими неологизмами при шизофрении» («галфхерцы», «бороглоты», «мюмзики»). Однако Кэрролл был математиком, и его слова имели скрытую логику (например, «brillig» — от «broil» (жарить) и «night» (ночь), то есть время жарки ужина). А настоящий шизофренический неологизм такой логики не имеет — слово рождается из контаминации (склеивания) осколков реальных слов, слышимых когда-то.

**Идиотия** – в Древней Греции «идиотами» (ἰδιώτης) называли частных лиц, которые не участвуют в политической жизни полиса. Это был нейтральный, даже слегка уважительный термин — человек, который занимается своим домом и семьёй, а не площадью и собраниями.

**Эксгибиционизм** – это слово было введено в научный оборот не психиатром, а венским юристом и криминологом в конце XIX века, и изначально относилось исключительно к мужскому поведению. Вот самый неожиданный поворот: Рихард фон Крафт-Эбинг, автор знаменитой монографии «Половые психопатии» (1886), использовал термин *Exhibitionismus* для описания случаев, когда мужчины демонстрировали половые органы незнакомым женщинам, не имея намерения вступать в половой контакт. Крафт-Эбинг был поражён тем, что 90% таких мужчин были женаты и социально благополучны — чиновники, офицеры, священники.

**Суггестия** – долгое время имел не только психологический, но и юридический оттенок. В судебной практике XIX – начала XX века существовало понятие «суггестивные вопросы» — вопросы, которые своей формулировкой неявно подсказывали свидетелю желаемый ответ. Такие вопросы запрещались, так как считались формой скрытого гипноза через речь. Позже именно из судебной риторики понятие мигрировало в психологию, а затем и в маркетинг — но изначально «суггестию» боялись как способа незаконно управлять показаниями в суде.

**Эксплозивность** – это слово пришло в психиатрию из военного дела и физики, и до сих пор сохраняет метафору взрыва как в поведении, так и в речи.

**Мория** – одновременно с морией немецкий невролог Герман Оппенгейм в 1890 году описал похожий симптом, назвав его «Witzelsucht» (от *Witz* — острота + *Sucht* – зависимость, тяга). Это патологическая склонность рассказывать неуместные, плоские шутки и каламбуры.

**Инсайт** – это понятие было введено в психологию немецкими гештальт-психологами в 1920-х годах, но задолго до этого его классическое описание дал... Архимед, выскочивший из ванны с криком «Эврика!».

**Кверулянтство** – этот диагноз долгое время служил инструментом для замалчивания социальной критики и борьбы с неудобными людьми, находясь на самой границе между законным правом на жалобу и психиатрической патологией.

**КУТАНИН** – феномен «народного психиатра»: имя Кутанина стало в Саратове настолько известным, что, по воспоминаниям современников, если человек начинал вести себя странно, ему говорили: «тебе надо к Кутанину». Это уникальный случай, когда фамилия врача превратилась в нарицательное обозначение специалиста и стала частью городского фольклора.

**Фабула** – латинский оригинал *fabula* в Древнем Риме означал не только «историю», но и целый спектр театральных жанров.

**Вуайеризм** – у вуайеризма есть другое, латинское имя – визионизм (от лат. *viso* – глядеть, смотреть). Этот термин иногда используется в медицинской литературе как полный синоним. А ещё существует научное название «микроскопия» (от греч. *μῆτρος* – половой акт и *σκοπεῖν* – смотреть), предложенное доктором Моллем, но оно не прижилось.

**Кататония** – среди всех проявлений кататонии выделяется один крайне редкий и зрелищный симптом, который называется «поза фехтовальщика» (*en garde*). В этом состоянии человек замирает с одной вытянутой рукой, другой согнутой, а голова повернута в сторону вытянутой конечности, как бы готовясь к поединку на шпагах. Этот симптом был хорошо известен в XIX веке и часто изображался на картинах пациентов психиатрических лечебниц. Сегодня он практически не встречается, но представляет огромный интерес для неврологов: он помогает точно локализовать очаг поражения в дополнительной моторной области коры головного мозга/

**Задание №8.** Немногие справились со сложным клиническим случаем в этом задании. Правильнее ответила **Пахомова Екатерина Витальевна, г. Москва**. Публикуем ее ответ:

1. Бредовое поведение, кататоническая симптоматика
2. Депрессивный аффект, кататонический ступор (негативизм, мутизм), ипохондрический бред, психопатоподобное поведение. Предположительный диагноз - параноидная шизофрения. Дифференциальная диагностика с депрессией, исходя из наличия бредовых идей и отсутствие положительного эффекта лечения от amitriptyline. Конверсионные расстройства в рамках истерического расстройства личности - у пациента стойкая бредовая фабула, симптомы кататонического ступора
3. Дежурный врач отменил антидепрессанты и назначил нейролептик. Положительная динамика связана с фармакологическим действием нейролептиков - в отличие от amitriptyline, нейролептик блокирует дофаминовые рецепторы.

**Задание 9.** Наиболее подробно и правильно на этот вопрос ответила **Васильченко Вероника Владимировна, г. Санкт-Петербург**. Публикуем ее ответ:

**1) Каким психическим расстройством страдали изображенные на полотнах персонажи?**

Персонажи картин страдают расстройством, которое в МКБ-10 квалифицируется как **F63.0 - Патологическая склонность к азартным играм (гемблинг)**. Это расстройство влечений характеризуется «частыми повторными эпизодами участия в азартных играх, доминирующих в жизни субъекта и ведущих к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей». Именно это мы и видим на картинах.

В современной классификации DSM-5 и МКБ-11 игровая зависимость отнесена к категории «Аддиктивные расстройства» наряду с зависимостью от психоактивных веществ, что подчеркивает общие нейробиологические механизмы (активация мезолимбической дофаминовой системы).

В МКБ-10 выделены следующие критерии диагностики патологической склонности к азартным играм:

1. повторные (два и более) эпизода азартных игр на протяжении не менее года;
2. данные эпизоды возобновляются, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание и нарушения социальной и профессиональной адаптации;
3. невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать её волевым усилием;
4. постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре и всем, что с ней связано. Утрату контроля, социальную деградацию, стадию проигрышей мы можем наблюдать на картине Павла Федотова «Игроки»: проигравший изображен в скорбящей позе - колено на стуле, руки у головы, глаза закрыты. Для него проигрыш подобен смерти. Это соответствует стадии

проигрышей по Custer (1984): потеря контроля, рост толерантности, одержимость мыслями об игре, раздражительность, невозможность остановиться.

На полотне Яна Стена «Ссора карточных игроков» (также известная как «Аргумент в карточной игре») запечатлена кульминация конфликта: фигуры энергично жестикулируют, один из персонажей размахивает ножом, на столе разбросаны карты. Это иллюстрация разрушения социальных связей, агрессии и деградации, характерных для поздних стадий зависимости, когда игра разрушает семью, дружеские связи и личность.

На портрете Теодора Жерико «Портрет женщины, одержимой карточной игрой» запечатлен момент тотальной поглощенности страстью. Взгляд остекленевший, отстраненный, лицо искажено глубокими морщинами, поза неестественна. Это классическое изображение конечной фазы игрового «опьянения» - сужение пространства сознания («луч фонаря»), утрата представления о времени, полное отключение от внешнего мира.

На картине Виктора Васнецова «Преферанс» игроки изображены в напряженном ожидании при свете догорающей свечи. Часы в углу символизируют впустую потраченное время - один из игроков зевает от скуки, но никто не в силах прервать игру. Это соответствует начальной фазе игрового «опьянения»: напряженное ожидание, поглощенность процессом, утрата чувства времени.

На картине Поля Сезанна «Игроки в карты» фигуры статичны, лица лишены эмоций, взгляды прикованы к картам. Это изображение не столько аффективного всплеска, сколько тотального поглощения личности игрой - человек существует только в процессе игры, вне ее остается лишь пустота. Бутылка вина на столе подчеркивает частую коморбидность игровой зависимости с алкогольной зависимостью.

В случае с пациентами, страдающими патологической склонностью к азартным играм, коморбидность с другими психическими расстройствами, по данным Erbas B., и Buchner U.G. (2012), составляет 93%.

*\*В тексте задания среди перечня картин дважды указана работа Павла Федотова «Игроки» (1852) - сначала под названием «Игроки», затем под названием «Игроки в карты», что, вероятно, является технической ошибкой. Картина Поля Сезанна «Игроки в карты» (1890–1892) в представленном ряду изображений отсутствует, хотя упоминается в списке\*.*

## **2) Какие методы лечения данного расстройства применялись в периоды жизни авторов картин и какие терапевтические подходы существуют в настоящее время?**

### **В эпоху создания картин (XVII–XIX вв.)**

В периоды жизни Валантена де Булоня, Яна Стена, Федотова, Васнецова, Жерико и Сезанна научной психиатрии как таковой не существовало, а игровая зависимость не рассматривалась как заболевание. Тем не менее, существовали определенные формы воздействия на «страсть к игре».

### **- Морально-религиозная парадигма (XVII–XVIII вв.)**

Азартная игра трактовалась как грех, порок и нравственное падение, поэтому «лечение» находилось в ведении церкви и морали. Использовались церковное покаяние, исповедь, наложение епитимий, отлучение от причастия, а также религиозные проповеди, направленные на формирование чувства вины и стыда. В католической Европе и православной России игра осуждалась церковью, что отразилось и в живописи. Например, у Яна Стена сцена ссоры за картами сопровождается бытовым хаосом, что в голландской жанровой живописи служило моральным назиданием.

### **2. Государственное и социальное регулирование**

В России императрица Елизавета Петровна в 1761 году издала указ о запрете азартных игр. В правление Николая I (первая половина XIX века) азартные игры были фактически легализованы в строго ограниченной форме. Было законодательно закреплено различие между «азартными» (запрещенными) и «коммерческими» (разрешенными) играми. Играть в разрешенные игры, такие как преферанс, разрешалось только в аристократических клубах и дворянских собраниях под надзором властей. За организацию подпольных игорных домов следовало строгое наказание. Проигравшиеся дворяне могли быть взяты под опеку, лишены права распоряжаться имуществом, а должники попадали в долговые тюрьмы.

**Общественное осуждение и изоляция:** Семейный контроль, попытки ограничить доступ к игре со стороны родственников (что отражено в литературе, например, в «Пиковой даме» А.С. Пушкина).

### **3. Художественно-литературная рефлексия**

Как указано в методических рекомендациях «исторически первые описания болезненной страсти к игре были даны не врачами или учеными, а выдающимися литераторами в художественных произведениях... Достаточно упомянуть «Пиковую даму» А.С. Пушкина».

Сами картины и литературные произведения выполняли функцию «диагноза» и «терапии» своего времени, позволяя:

- вербализовать и осознать разрушительную силу страсти;
- предупредить, назидать зрителя и читателя через художественный образ;
- сублимировать личный травматический опыт (Федотов писал «Игроков» в период тяжелого душевного кризиса, а Жерико создал серию портретов пациентов парижской клиники Сальпетриер для врача-психиатра Этьена-Жана Жорже, что стало одной из первых попыток визуального изучения психических расстройств.

#### **4. Первые медицинские подходы (конец XVIII – XIX вв.)**

В конце XVIII - начале XIX века начинают появляться первые медицинские описания «мании игры»:

**Филип Пинель** (1745–1826), один из основоположников научной психиатрии, в своих трудах упоминал «манию игры» (*manie du jeu*) как форму расстройства влечений.

**Жан-Этьен-Доминик Эскироль** (1772–1840), ученик Пинеля, описывал игровую страсть в рамках учения о мономаниях. Именно с Эскиролем был знаком Теодор Жерико, написавший серию портретов пациентов психиатрической клиники, включая «Женщину, одержимую карточной игрой».

Методы лечения в зачаточном виде: изоляция в лечебницах для душевнобольных, трудотерапия, воспитание воли и нравственное воздействие.

В России научная психиатрия начала формироваться лишь во второй половине XIX века (С.С. Корсаков, И.М. Балинский, В.М. Бехтерев). В эпоху Федотова и Васнецова игромания оставалась социально-бытовой проблемой, а не медицинской.

#### **Современные терапевтические подходы**

Основным методом лечения игровой зависимости является психотерапия. Фармакотерапия уступает ей по эффективности и применяется преимущественно при коморбидных расстройствах.

##### **1. Психотерапия (основной метод)**

Наиболее доказательную эффективность имеют два подхода:

**Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)** - направлена на коррекцию «ошибок мышления» (иллюзия контроля, «ошибка игрока», эффект «близких промахов»), выявление триггеров, формирование навыков совладания с влечением.

**Мотивационное интервью (МИ)** - используется на начальном этапе для преодоления амбивалентности и формирования устойчивой мотивации к отказу от игры.

Также применяются:

Группы самопомощи «Анонимные Игроки» (программа «12 шагов»).

Работа с семьей - коррекция созависимости, отказ от ролей «спасателя» и «преследователя».

##### **2. Психофармакотерапия (вспомогательная)**

Применяется при коморбидной патологии:

**Налтрексон** - антагонист опиоидных рецепторов, снижает выраженность влечения и эйфорию от игры.

**Антидепрессанты (СИОЗС)** - при коморбидных тревожных и депрессивных расстройствах.

**Нормотимики** - при аффективных колебаниях.

##### **3. Реабилитация**

Разработана этапная программа: стационарный этап (30 дней) с последующим амбулаторным (не менее 6 месяцев). Включает групповую терапию, психообразование, работу с родственниками, а при необходимости - помощь в профессиональной реинтеграции.

#### **3) Какие из картин, по вашему мнению, «лишние»?**

С клинической точки зрения, из представленного ряда можно исключить две картины:

##### **1. «Собаки играют в покер» (Кассиус Кулидж, 1903)**

Это анималистическая пародия, юмор. У животных нет тех сложных психопатологических переживаний (вины, стыда, отчаяния, когнитивных искажений), которые описаны в феноменологии игровой зависимости. Это произведение выбивается из общего ряда, где исследуется человеческая природа порока.

##### **2. «Карточные шулера» (Валантен де Булонь, 1617)**

Здесь изображены профессиональные мошенники, для которых игра скорее работа и способ наживы, а не патологическое влечение. У них нет симптомов зависимости (роста толерантности, абстиненции, потери контроля). Их поведение может квалифицироваться в рамках диссоциального расстройства личности (F60.2), а не аддиктивного расстройства, так как мотивировано осознанным стремлением к наживе и обману, а не непреодолимым влечением к процессу игры.

**Задание 10.** Лучший ответ по анализу клинического случая дал **Климов М.С., г. Санкт-Петербург.** Приводим его ответ:

1) Анализируя представленный клинический случай, обращает на себя внимание характерная хронология событий. Пациентка поступила в психиатрический стационар 20 ноября и начала получать клозапин в дозе 300 мг/сут. Резкое ухудшение наступило 29 декабря – то есть спустя приблизительно пять-шесть недель от начала терапии. Это полностью укладывается в так называемое “критическое” окно развития клозапин-индуцированного агранулоцитоза, которое, как известно, приходится на первые восемнадцать недель лечения. Именно в этот период риск данного осложнения максимален.

Следует также обратить внимание на то, что пациентка относится к группе повышенного риска: женский пол и возраст старше пятидесяти лет являются доказанными предикторами клозапин-индуцированного агранулоцитоза. Частота этого осложнения составляет около одного процента от всех пациентов, получающих клозапин, что делает его относительно редким, но тем более опасным при несвоевременной диагностике.

Что касается механизма, то патогенез клозапин-индуцированного агранулоцитоза до конца не установлен, однако наиболее обоснованной считается иммуноопосредованная модель с возможным вкладом прямой токсичности, согласно которой при метаболизме клозапина в печени через систему цитохрома P450 образуется реактивный метаболит – нитрениевый ион, который ковалентно связывается с белками нейтрофилов, в том числе и мембранными, и их миелоидных предшественников в костном мозге, выступая в роли гаптена, в результате чего иммунная система начинает распознавать собственные гранулоциты как чужеродные и атакует их. Итогом становится критическое падение уровня нейтрофилов и развитие вторичного иммунодефицитного состояния.

Неэффективность первоначальной антибактериальной терапии объясняется именно этим механизмом. Антибиотики способны подавлять рост бактерий, однако окончательная элиминация возбудителя из тканей невозможна без клеток врожденного иммунитета – прежде всего нейтрофилов, осуществляющих фагоцитоз. При агранулоцитозе этого клеточного звена просто не существует. Кроме того, на фоне тотальной иммуносупрессии у пациентки активизировалась оппортунистическая флора: грибы рода *Candida* (кандидоз пищевода, верифицированный при ФГДС) и вирусы семейства герпеса (подтвержденные ПЦР). Антибактериальные препараты на грибковую и вирусную инфекцию принципиально не действуют, а длительная антибиотикотерапия, напротив, могла усугубить кандидоз за счёт подавления нормальной микрофлоры.

Таким образом, перед нами классический порочный круг: клозапин продолжает поступать → костный мозг не может восстановиться → иммунодефицит углубляется → присоединяются новые инфекции → антибиотики бессильны.

2) Клиническая картина данного случая – резистентный тонзиллит с наложениями на миндалины, кандидоз пищевода, реактивация герпетической инфекции, полная неэффективность антибиотиков – является характерной для агранулоцитоза. С наибольшей вероятностью в общем анализе крови мы обнаружили бы следующее.

Общее количество лейкоцитов было бы снижено ниже  $3 \times 10^9/\text{л}$ , что соответствует критериям лейкопении. Абсолютное число нейтрофилов, вероятнее всего, упало бы ниже критического порога – менее  $0.5 \times 10^9/\text{л}$ , что и определяет агранулоцитоз как жизнеугрожающее состояние.

В лейкоцитарной формуле ожидается резкое снижение или полное отсутствие нейтрофилов – как сегментоядерных, так и палочкоядерных – при относительном лимфоцитозе. Важно понимать, что этот лимфоцитоз является кажущимся: абсолютное число лимфоцитов может оставаться нормальным или даже сниженным, но из-за исчезновения гранулоцитарной

фракции их доля в формуле компенсаторно возрастает. Эритроциты и тромбоциты при изолированном агранулоцитозе, как правило, остаются в пределах нормы, хотя при тотальном поражении костного мозга нельзя исключать и панцитопению.

Здесь уместно сделать одно клинически важное замечание, которое нередко ускользает от внимания терапевтов. Некротическая ангина с грязно-серыми наложениями, устойчивая к стандартной антибиотикотерапии, сама по себе является классическим маркером агранулоцитоза. Ещё одним характерным признаком служит парадоксальное отсутствие гноя при тяжёлой инфекции: гной – это, по сути, скопление погибших нейтрофилов. Нет нейтрофилов – нет гноя. Именно этот парадокс должен был насторожить лечащих врачей ещё на этапе первичного осмотра терапевтом.

3) Развернутый клинический анализ крови с обязательным подсчётом лейкоцитарной формулы и определением абсолютного числа нейтрофилов. Это исследование должно было быть назначено экстренно при первом же повышении температуры 29 декабря, ещё до назначения какой-либо симптоматической терапии. Вместо этого пациентка была осмотрена терапевтом, который выставил диагноз “ОРВИ” и назначил симптоматическое лечение – что является грубой ошибкой в контексте терапии клозапином.

Необходимо подчеркнуть, что при лечении клозапином существует обязательный протокол гематологического мониторинга. В первые восемнадцать недель терапии общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и определением абсолютного числа нейтрофилов должен выполняться еженедельно, в последующем – не реже одного раза в четыре недели в течение всего срока приёма препарата, а также на протяжении четырёх недель после его полной отмены. В условии задачи имеется указание на данные анализа мочи от 9 декабря, однако нет ни одного упоминания о проведении контрольного анализа крови. Пациентка находилась на критически важном этапе лечения – первые шесть недель, когда мониторинг должен был проводиться еженедельно. Если бы протокол соблюдался, падение уровня нейтрофилов было бы обнаружено задолго до развития клинической картины жизнеугрожающей инфекции, и клозапин был бы отменён своевременно.

Данный случай является наглядной иллюстрацией того, к каким последствиям приводит пренебрежение обязательным гематологическим мониторингом при терапии клозапином.

4) Ответ на этот вопрос кроется в принципиальном различии между лечением следствия и устранением причины. Антибиотики воздействовали на инфекцию – следствие иммунодефицита. Но пока в организм продолжал поступать клозапин, костный мозг не мог восстановить продукцию нейтрофилов, а значит, любая, даже самая мощная антибактериальная терапия была обречена на неудачу.

Коррекция, проведённая клиническими фармакологами, была эффективна именно потому, что представляла собой комплексный подход, направленный на все звенья патологического процесса одновременно.

Первым и ключевым шагом стала немедленная и полная отмена клозапина. Только после прекращения поступления токсического агента костный мозг получил возможность начать регенерацию гранулоцитарного ряда. Именно этот шаг был решающим: без него всё остальное лечение не имело бы эффекта. Несмотря на то, что, как правило, проявления агранулоцитоза обратимы после отмены лечения препаратом, они могут приводить к сепсису и летальному исходу – поэтому одной отмены недостаточно.

Вторым шагом, вероятнее всего, стало назначение гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) (филграстим или ленограстим), который ускоряет пролиферацию предшественников нейтрофилов и их выход в периферическую кровь, сокращая период жизнеугрожающего иммунодефицита.

Третьим компонентом стала адекватная этиотропная терапия, направленная не только против бактерий, но и против всех выявленных возбудителей: противогрибковые препараты для лечения кандидоза пищевода и противовирусные средства для подавления реактивированной герпетической инфекции. Именно этого звена не хватило в первоначальной терапевтической схеме.

Только когда все три компонента сошлись воедино – устранение причины, восстановление иммунитета и адекватное воздействие на весь спектр возбудителей – порочный круг был разорван, и пациентка пошла на поправку.

Отдельно следует подчеркнуть, что клоzapин противопоказан к повторному назначению после перенесённого эпизода агранулоцитоза. Пациентке потребуется перевод на альтернативный антипсихотик с минимальным гематотоксическим потенциалом. Кроме того, необходимо провести разъяснительную беседу с пациенткой и её родственниками о важности немедленного обращения за медицинской помощью при любых признаках инфекции в случае приёма любых психотропных препаратов в будущем.

Этот клинический случай служит важным напоминанием о том, что клоzapин, оставаясь “золотым стандартом” терапии резистентной шизофрении, требует не только высокой квалификации назначающего врача, но и неукоснительного соблюдения протокола безопасности. Агранулоцитоз – осложнение редкое, но предсказуемое и, при надлежащем мониторинге, предотвратимое. Ключ к спасению жизни пациента – не в мощных антибиотиках, а в своевременном анализе крови.

**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 XIII Всероссийской олимпиады  
студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической  
психологии «Игры разума-2026»**