

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Синдром Кандинского-Клерамбо»

Выполнила:

Ординатор специальности психиатрия

Перевалова П. В

Проверила:

Зав. Кафедрой: Березовская М. А

Красноярск 2022

Оглавление

Актуальность.....	3
История изучения синдрома.....	4
Психические автоматизмы.....	5
Псевдогаллюцинации.....	7
Бред преследования, воздействия при синдроме Кандинского-Клерамбо.....	9
Выводы	10
Список литературы.....	11

Синдром психического автоматизма или синдром Кандинского-Клерамбо является одним из наиболее часто встречающихся психопатологических состояний при острых и хронических бредовых психозах, прежде всего, параноидной форме шизофрении.

Синдром включает самые разнообразные взаимосвязанные между собой психопатологические феномены, которые охватывают почти все стороны психической деятельности человека, а также является наиболее сложным психопатологическим симптомокомплексом среди всех известных в психиатрии. Психопатологические феномены, сопровождающиеся отчуждением принадлежности себе собственных психических актов и чувством постоянного влияния посторонней, действующей извне силы, стали привлекать внимание психиатров с давних времен.

В отечественной психиатрической литературе термин «синдром Кандинского–Клерамбо» принят и используется вот уже более 80 лет, однако споры о правомерности выделения подобного синдрома не утихают до сих пор. Если мы обратимся к современным классификациям, таким как DSM-V или МКБ-10, существование «синдрома К-К» с их позиций далеко не очевидно. Так, один из авторов DSM-III Spitzer (1987 г.) после изучения истории и самого феномена «псевдогаллюцинации» предложил «убрать это понятие из клинической практики» и заменить его лишь описанием клинического явления. Более поздние зарубежные публикации почти не содержат термин «псевдогаллюцинации». Так, в DSM-V это понятие упоминается лишь один раз - в качестве возможного клинического проявления конверсионного расстройства.

Несмотря на это, данный синдром не потерял своей актуальности, поскольку основные его составляющие, такие как бред преследования и воздействия, явления психического автоматизма и вербальные псевдогаллюцинации отражены в диагностических указаниях к постановке диагноза шизофрении как в МКБ-10, так и в Американской психиатрической ассоциации-DSM.

История изучения синдрома

В 1880 г. в журнале «Медицинское обозрение» была опубликована статья старшего ординатора Петербургской городской психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца, тогда еще малоизвестного врача-психиатра Виктора Хрисанфовича Кандинского «К вопросу о галлюцинациях», в которой автор, ссылаясь на перенесенный им лично приступ психического заболевания, закончившийся благополучным исходом, описал новый класс галлюцинаторных расстройств.

В этой работе В.Х.Кандинским было дано клиническое описание того сложного психопатологического симптомокомплекса, который почти 40 лет спустя был описан французским психиатром Клерамбо под названием «психический автоматизм». Впоследствии, описанный В.Х.Кандинским психопатологический симптомокомплекс стал интенсивно изучаться французскими психиатрами. О большом интересе к синдрому психического автоматизма во французской психиатрии свидетельствует тот факт, что этот симптомокомплекс в качестве программного вопроса был обсужден на 31-м Конгрессе психиатров и невропатологов Франции и стран французского языка, проходившем с 25 июля по 1 августа 1927 г. в г. Блуа.

Г.Г.Клерамбо опубликовал свои статьи за период с 1909 по 1930 г., где он и ввел понятие и дал определение термину «психический автоматизм». По сути дела, псевдогаллюцинаторные феномены, описанные В.Х.Кандинским, возникают в определенной последовательности, вначале затрагивая только идеаторную сферу (стадия «малых автоматизмов»), а затем вовлекая сенсорную и психомоторную сферы в формирование окончательной картины «большого психического автоматизма».

В 1927г ленинградский психиатр А.Л.Эпштейн на заседании местного общества психиатров сделал доклад на данную тему. Сам доклад напечатан не был, однако его краткое изложение в отчете о заседании врачей психиатрической клиники Ленинградского медицинского института при больнице им. проф. И.М.Балинского был опубликован в журнале им. В.М.Бехтерева в 1929 г.

Также, профессор П.А.Останков предложил добавить в название синдрома и третью фамилию – Wernicke, однако это название у нас не прижилось.

Много позднее К. Шнейдер обозначил структурные компоненты синдрома Кандинского-Клерамбо как «Симптомы первого ранга», признавая, однако, что: «те же самые симптомы могут возникать при алкогольных психозах, в эпилептических сумеречных состояниях, при анемических и других симптоматических психозах, при самых различных мозговых процессах».

Длительное время многие исследователи считали синдром психического автоматизма чуть ли не патогномоничным для шизофрении, однако сейчас накопилось много наблюдений, свидетельствующих о том, что психический автоматизм, правда, значительно реже, наблюдается и в клинике экзогенно-органических психозов. Некоторые исследователи в связи с этим говорят о специфичности накладываемой на синдром психического автоматизма различной его нозологической принадлежности. Так, в частности, редуцированный, галлюцинаторный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо, характеризующийся отсутствием бредовых идей воздействия, отмечен при эпидемическом энцефалите (Р. Я. Голант, 1939), гриппозных психозах, протекающих с симптоматикой энцефалита, и хроническом алкогольном галлюцинозе, не сопровождающемся бредом (М. Г. Гулямов, 1965).

Психические автоматизмы

Синдром Кандинского-Клерамбо характеризуется совокупностью взаимосвязанных симптомов, включающий следующие основные признаки:

- персекуторные бредовые идеи воздействия, психического или физического, а также часто сопутствующие и аналогичные им бредовые идеи овладения и бредовые идеи открытости;
- псевдогаллюцинации разной сенсорной, преимущественно акустической и оптической модальности;
- психические автоматизмы (психические акты, протекающие совершенно независимо или даже вопреки осознанным усилиям пациента и воспринимающиеся им как подконтрольные неким силам, источник которых находится за пределами внутриличностного пространства.

В клинической картине выделяют три вида психических автоматизмов:

- ассоциативный (идеаторный, или мыслительный),
- сенестопатический (сенсорный, или чувственный)
- двигательный (моторный).

Ассоциативные (идеаторные) автоматизмы, - это умственные процессы (мысли, воспоминания, представления, фантазии, сновидения).

Ассоциативные автоматизмы являются результатом мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности. Наиболее простым проявлением идеаторных автоматизмов является ментизм, который часто начинается с ощущения нарушения мышления: у больного течение мыслей ускоряется, замедляется или внезапно останавливается. Появление мыслей и представлений сопровождается ощущением, что это совершается помимо его воли. Больному кажется, что окружающим известны его мысли и чувства (симптом открытости мыслей) или они вслух повторяют его мысли (эхо-мысли). К идеаторным автоматизмам относится также звучание мыслей: о чем бы ни подумал больной, его мысли громко и отчетливо звучат в голове; этому расстройству предшествует «шелест мыслей» - тихое и неотчетливое их звучание.

В дальнейшем отмечаются «отнятие» мыслей, их насильственный перерыв, при котором у больного мысли исчезают из головы, и феномен сделанных мыслей, насильственные воспоминания - убеждение, что его мысли принадлежат посторонним лицам; возникает мысленное общение с различными лицами, в первую очередь с преследователями, которые с больным спорят, ругаются, приказывают. При прогрессировании расстройства ассоциативный автоматизм проявляется мысленными голосами, разговорами душ, «внутренними голосами» (словесными псевдогаллюцинациями), затрагивающими различные стороны жизни. Больные утверждают, что им меняют чувства, настроение.

К идеаторным автоматизмам относится также симптом разматывания воспоминаний, проявляющийся тем, что больные вопреки своей воле и желанию под влиянием посторонней силы вынуждены вспоминать те или иные события своей жизни; нередко одновременно с этим больному показывают картины, иллюстрирующие воспоминания. Идеаторные автоматизмы охватывают также феномен сделанных настроения, чувств (больные утверждают, что их настроения, чувства, симпатии и антипатии являются результатом воздействия извне).

Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы, - это разнообразные телесные ощущения (а также физиологические ощущения, такие, как чувство голода, рвоту и многое другое), обычно крайне неприятные, возникающие у больных также в результате мнимого воздействия посторонней силы. Источником ощущений, по мнению пациентов, являются их собственное тело, внутренние органы.

Сенестопатический автоматизм проявляется возникновением в различных участках тела, чаще во внутренних органах, неприятных, тягостных, мучительных ощущений, иногда неопределенными, не поддающимися описанию, оцениваемыми больными как специально созданные, особым образом вызванные. При этом больные испытывают чувство жара или холода, жжения, болезненными ощущениями во внутренних органах, голове, конечностях, половое возбуждение, неприятные вкусовые ощущения, они считают, что у них задерживают мочеиспускание, дефекацию. Нередко бывают необычными, вычурными: больные говорят о крайне своеобразных ощущениях в виде перекручивания, пульсации, распираания и т.д.

Двигательные (моторные) автоматизмы, - это побуждения, движения, действия, иногда более сложные виды деятельности).

Двигательный автоматизм - убежденность больных в том, что они совершают движения и поступки не по собственной воле, а под влиянием внешних воздействий. Больные утверждают, что их действиями руководят, двигают конечностями, языком, вызывают ощущение неподвижности, оцепенения, лишают их способности произвольных движений. К двигательному автоматизму относится также насильственное говорение: язык больного помимо его желания произносит слова и фразы, часто неприличные, больные утверждают, что их языком говорят; слова, произносимые ими, принадлежат посторонним лицам

Нередко больные заявляют, что они превратились в своеобразные автоматы, которыми полностью повелевают и руководят со стороны. Этот синдром наиболее типично представлен и чаще встречается при других психических заболеваниях и соматогенных психозах.

Явления психического автоматизма возникают, как правило, в определенной последовательности: вначале развиваются идеаторные автоматизмы, далее сенестопатические и, наконец, кинестетические. Но подобная последовательность развития психических автоматизмов не является обязательной.

Псевдогаллюцинации

В структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома Кандинского-Клерамбо входят также псевдогаллюцинации - зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные, кинестетические обманы восприятия, отличающиеся от реальных объектов и имеющие характер сделанности.

Псевдогаллюцинации по своим особенностям наиболее близки к образам представлений, которые может воспроизвести в своей памяти пациент. Псевдогаллюцинации при этом отличаются от нормальных, физиологических представляемых образов большей стойкостью, детализированностью, яркостью, а главное, произвольностью (отсутствием необходимости в волевых усилиях, которые нужно приложить, чтобы представить себе тот или иной образ вместе с невозможностью волевым усилием прекратить это представление, избавиться от представляемого образа).

Так как в случае псевдогаллюцинаций мысленный образ возникает сам по себе, без собственных усилий и избавиться от него у больных не получается, они обычно начинают считать, что этот образ им «показывают» каким-то научным прибором, «насылают», «внушают на расстоянии, таким образом формируется «чувство сделанности» галлюцинаторных образов (бред воздействия).

Больные обычно отмечают, что воспринимают эти образы не при помощи своих органов чувств, как это бывает при обычном восприятии (например, они не могут заткнуть уши или закрыть глаза, чтобы перестать их воспринимать). Чаще всего они указывают, что «слышат» голоса «мозгом» или «видят» зрительные образы «внутренним оком», т.е. эти образы сразу возникают у них на психическом уровне.

Псевдогаллюцинаторные образы воспринимаются не такими, как образы, формирующиеся при восприятии реальных объектов, они лишены чувственной яркости и свойственной реально воспринимаемым объектам телесности.

Как и образы обычных представлений, псевдогаллюцинации проецируются в субъективное пространство («пространство представлений»), не связанное с реальной окружающей обстановкой. Соответственно, например, люди с псевдогаллюцинациями обычно не пытаются локализовать источник слышимых ими «голосов» (в отличие от истинных галлюцинаций, при которых источник слуховых галлюцинаций больные всегда локализуют где-то в реальном пространстве — в коридоре, за окном), а про зрительные образы говорят, что видят их в каком-то другом, отличном от реального, измерении.

Псевдогаллюцинации не влекут за собой непосредственного галлюцинаторного поведения, связанного с реальным пространством. Пациентам нет нужды присматриваться к чему-то объективно несуществующему, они не пытаются, например, ловить руками или топтать то, что воспринимают в своих галлюцинациях, они не разговаривают вслух со своими слуховыми псевдогаллюцинациями. Таким образом, по поведению пациента судить о наличии у него псевдогаллюцинаций сложно — иногда лишь некоторые паузы между фразами и внезапные перемены темы разговора могут свидетельствовать о наличии псевдогаллюцинаций (при этом и в данном случае такие признаки необходимо дифференцировать со шперрунгами и разорванным мышлением).

Так, к зрительным псевдогаллюцинациям относят сделанные видения: образы, лица, панорамические картины, которые показывают больному, как правило, его преследователи при помощи тех или иных аппаратов.

Слуховые псевдогаллюцинации - шумы, слова, фразы, передаваемые больному по радио, через различную аппаратуру; они могут доноситься извне или локализоваться в голове, теле; иметь императивный и комментирующий характер, принадлежать знакомым и незнакомым лицам, быть мужскими, женскими, детскими.

Обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные псевдогаллюцинации также имеют характер сделанности.

В зависимости от превалирования в клинической картине галлюцинаторно-бредового синдрома галлюцинаторных или бредовых расстройств выделяют галлюцинаторный и бредовой варианты описываемого синдрома.

О галлюцинаторном варианте говорят в случаях преобладания в картине состояния псевдогаллюцинаций, сравнительно незначительного удельного веса бредовых расстройств и собственно явлений психического автоматизма.

Если в статусе больного на первый план выступают бредовые идеи преследования и воздействия, психические автоматизмы, а псевдогаллюцинаторные расстройства отсутствуют или выражены минимально, то состояние определяют как бредовой вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома.

Возможно развитие и так называемого инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, суть которого заключается в том, что сам больной якобы обладает способностью воздействовать на окружающих, узнавать их мысли, влиять на их настроение, ощущения, поступки. Эти явления обычно сочетаются с идеями переоценки своей личности или бредовыми идеями величия и наблюдаются в картине парафрений.

Бред преследования, воздействия при синдроме Кандинского-Клерамбо

Под бредом мы понимаем совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне.

Для синдрома К-К характерен персекуторный бред. Как правило, персекуторный бред всегда протекает с чувством страха, недоверия и подозрительности к окружающим. Нередко «преследуемый» становится преследователем. К персекуторному бреду относятся бредовые идеи отношения, значения, преследования, воздействия, отравления, ущерба.

Значительно больше выражены персекуторные особенности бреда при идеях преследования. В этих случаях воздействие извне носит всегда отрицательный для больного характер, направлено против него. Бред преследования может быть систематизированным и отрывочным.

При бреде воздействия больные убеждены в том, что они подвергаются воздействию с помощью различных аппаратов, лучей (бред физического воздействия) или гипноза, телепатического внушения на расстоянии (бред психического воздействия). Больной может объяснять свои болезненные ощущения воздействием на него при помощи самых разных способов - от колдовства и гипноза до современных средств (электричество, УВЧ-волны, радиоволны, радиация, атомная энергия, лучи лазера). Воздействие производят как отдельные лица, так и организации, чаще с целью нанести вред больному.

В. М. Бехтерев (1905) описал бред гипнотического очарования, характеризующийся систематизированными бредовыми идеями гипнотического воздействия. Больные утверждают, что они психически здоровы, но их загипнотизировали: они лишены своей воли, их поступки внушены извне. Воздействие извне определяет, по заявлению больного, его мысли, речь, письмо. Характерны при этом жалобы на раздвоение мыслей. Помимо принадлежащих самому больному мыслей якобы есть и чуждые ему, посторонние, внушенные извне.

Выводы

Таким образом, синдром Кандинского-Клерамбо (синдром психического автоматизма) является разновидностью галлюцинаторно-параноидного синдрома, и, включает в себя псевдогаллюцинации, бредовые идеи воздействия и явления психического автоматизма (чувство отчуждённости, неестественности, «сделанности» собственных движений, поступков и мышления).

Был открыт и назван в честь российского психиатра В. Х. Кандинского и французского психиатра Гаэтана Гасьяна де Клерамбо. Синдром введен в клиническую практику по предложению А. Эпштейна и А. Перельмана.

Не смотря на то, что ранее данный синдром многие авторы считали патогномоничным для параноидной шизофрении, на данном этапе развития психиатрии известно, что он наблюдается и в клинике экзогенно-органических психозов.

В клинической картине синдрома Кандинского-Клерамбо выделяют три вида психических автоматизмов: ассоциативный (идеаторный, или мыслительный), сенестопатический (сенсорный, или чувственный) и двигательный (моторный).

Псевдогаллюцинации, характерные для данного синдрома могут быть представлены как зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные, кинестетические обманы восприятия, однако, чаще встречаются вербальные псевдогаллюцинации.

Также, возникают нарушения мышления, такие как бред воздействия, вторичный по механизму бредообразования.

Список литературы

- 1) Клиническая психиатрия. Избранные лекции : учеб. пособие / ред. Л. М. Барденштейн, Д. М. Пивень, В. А. Молодецких. - Москва : ИНФРА-М, 2018. - 432 с.
- 2) Психиатрия : национальное руководство : краткое издание / гл. ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 768 с.
- 3) История психиатрии. Ю. В. Каннабих. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 384 с.
- 4) Психиатрия. Основы клинической психопатологии : учеб. для студентов мед. вузов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 384 с.
- 5) Психиатрия : учебник / В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. — Ростов н/Д : Феникс, 2018. — 412 с.
- 6) Кандинский В. Х. Избранные труды. / Санкт-Петербургская психиатрическая больница св. Николая Чудотворца. К 140-летию. Том III. В. Х. Кандинский. — СПб.: «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2012. — 616 с.,
- 7) Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. / Составил предисловие, подготовил текст, биографический очерк и примечания А. В. Снежневский. — Медгиз, 1952. — 175 с.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра кафедра Хирургии и наркологии с курсом ПД
(наименование кафедры)

Рецензия зав. кафедрой д.м.н. Березовский И.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Технаирис
(ФИО ординатора)

Тема реферата "Синдром Канжисского - Кисерайт"

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	4/5
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «6» декабря 2022 год

Подпись рецензента

[подпись]
(подпись)

Подпись ординатора

[подпись]
(подпись)

(ФИО рецензента)

Березовский И.А.
(ФИО ординатора)