

УДК 616.89-008.487

С.В. Титиевский<sup>1</sup>, И.М. Гостюк<sup>2</sup>, Н.В. Побережная<sup>1</sup>, И.В. Федоровская<sup>2</sup>,  
Г.М. Фирсова<sup>1</sup>, А.В. Кравчук<sup>2</sup>**ТРЕБОВАНИЕ ГИПНОЗА (ГИПНАЙТИЯ) ПРИ ИНВЕРТИРОВАННОМ ВАРИАНТЕ СИНДРОМА КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО**<sup>1</sup> Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького<sup>2</sup> Республиканская клиническая психоневрологическая больница-медико-психологический центр, г. Донецк

**Реферат.** Изучены два случая требования гипноза молодыми женщинами с наличием ранних проявлений инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо. Отмечена клиническая неочетливость проявлений данного синдрома. Больные самостоятельно обращались с требованием проведения гипноза, обусловленным резистентностью симптоматики и необходимостью воздействия на обсессии. Исследуемые оказались малогипнабельными, т.е., резистентными также и к гипнозу. Специфика реакции на гипноз заключалась в отрицании больными его даже минимальной эффективности (вопреки реальным результатам), а не в ухудшении состояния и обвинении в этом врача. У одной из больных требования гипноза были повторными и настойчивыми. Предложены термин «гипнайтия», обозначающий требование гипноза, а также основанная на феномене диссоциации модель гипнотического воздействия при синдроме Кандинского-Клерамбо, которая может быть использована в дальнейших исследованиях проблемы требования гипноза при различных психопатологических состояниях и проявлениях здоровой психики.

**Ключевые слова:** инвертированный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо, гипноз, шизофрения

Актуальность. Многие больные шизофренией добиваются проведения гипноза, если не отмечают улучшения после проведения психотерапии [9]. В то же время, гипноз при лечении психозов обычно не применяется [7, с. 108], больные шизофренией считаются малогипнабельными [10; 11, р. 152], а попытки гипнотизировать могут усилить бред при параноидной шизофрении [7, с. 108]. А.С. Тиганов [5, с. 37] описывает реакцию подвергавшихся гипнозу больных с наличием фобий, а впоследствии — психических автоматизмов, которые связывались с негативным влиянием врача, и в некоторых случаях предпринимались попытки расправиться с ним, поскольку он, по мнению пациента, пытался причинить вред здоровью данного больного. Тем не менее, в настоящее время взгляды на возможность гипнотерапии при указанной патологии несколько изменились. Так, упоминается лечение гипнозом строго отобранных больных данной категории [7, с. 108] и отмечается, что улучшение у них наступает быстрее при сочетании медикаментозной терапии с гипно-

терапией [7, с. 109]. У.Д. Руун [9] показал, что у отдельных высоко гипнабельных больных шизофренией эффективна структурированная стратегическая гипнотерапия. Отмечается, что данные больные и их семьи добиваются проведения гипноза в надежде на улучшение: как правило, речь идет о пациентах, обнаруживших минимальную терапевтическую реакцию или её отсутствие на предшествующее лечение. Одна из таких больных ранее выписалась без улучшения после 3 месяцев госпитализации, другая, обратившись с просьбой о гипнотерапии, перед её началом сказала о боязни, что из неё в результате смогут выйти призрак или дьявол, третий больной пришел против своей воли после нескольких госпитализаций в психиатрические больницы: родители решили лечить его гипнозом в качестве последнего средства.

Одним из основных клинических проявлений шизофрении является синдром Кандинского-Клерамбо. Данный термин определяется как совокупность взаимосвязанных симптомов — псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия, чувства овладения и открытости, для которой типичны отчуждение, утрата принадлежности себе собственных психических актов, чувство постоянного влияния посторонней, действующей из вне силы. Происходит формирование новой личности (расщепление «я» по G. Clerambault), и эта новая («вторая») личность отвергает первое «я» [2]. Возможно развитие инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, когда сам больной якобы обладает способностью воздействовать на окружающих, узнавать их мысли, влиять на настроение, вызывать приятные или неприятные ощущения, управлять их действиями [4; 5, с. 80]. В настоящее время отмечается уменьшение выраженности проявлений данной патологии. В частности, — при манифестных шизофренических психозах у молодых больных женского пола, когда, наряду с доминирующей аффективной патологией, клинически могут выявляться лишь предвестники синдрома Кандин-

ского-Клерамбо, в том числе, — его активного (инвертированного) варианта [3]. В этих случаях симптоматика является резистентной к лечению [3], что, очевидно, заставляет таких больных добиваться проведения гипноза. Исследование указанной проблемы является актуальным в связи с необходимостью совершенствования как ранней диагностики и лечения синдрома Кандинского-Клерамбо, так и современных аспектов клинического и психокоррекционного применения гипноза.

**Материал и методы.** Клинически и экспериментально-психологически изучены в динамике два случая требования проведения гипноза молодыми женщинами с наличием ранних проявлений инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо.

**Результаты и их обсуждение.** Больная П., 26 л. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Окончила среднюю школу, работает в офисе фирмы, заочно обучаясь в вузе. В 14 лет, на фоне переживаний, связанных соотношениями в семье, возникли навязчивые мысли. Первоначально это были размышления на тему «Могу кому-то причинить вред: глазить; человек заболеет раком». Вскоре также возникли некие действия (П. не описывала их характер), которые требовали многократного повторения, ограничивая общение, активность, заставляя уединяться, фиксироваться на них. Со временем двигательные ритуалы сменились «мыслями-ритуалами», в какой-то степени уменьшавшими выраженность «основных» навязчивостей. Содержание «мыслей-ритуалов» также не раскрывала. Обсессии приобрели стойкий характер, П. стала малообщительной, склонной к уединению, сузился круг её интересов. В 20 лет впервые обратилась к психотерапевту, был назначен ципралекс, отмечено временное улучшение. Через полгода в психоневрологическом дневном стационаре пролечена золофтом и психотерапией, затем амбулаторно — трифтазином, амитриптилином, индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапией. Отмечалось незначительное улучшение.

В 21 год впервые стационарно лечилась в психоневрологическом отделении с жалобами на неустойчивость настроения, преимущественно в виде подавленности, пессимизма, плаксивость, страх, беспокойство, тревогу, снижение активности, ограничение в общении, фиксацию на своем самочувствии, навязчивые мысли неприятного содержания (о «нанесении вреда людям»), вызывающие эмоциональные и моральные страдания. Отмечались напряженность, слегка подавленное, пессимистичное настроение, фиксированность на

навязчивых мыслях и постоянный страх, что они могут кому-то навредить: «Подумаю плохое, и из-за этого с человеком что-то случится». Размышления по поводу данных мыслей также расценивала как навязчивые. Была раздражительной, подавленной, слезливой. Подчеркивала тягостность своих переживаний, поскольку они «приносят моральные страдания», противореча ее желаниям и интересам. Пыталась противостоять, противодействовать навязчивостям. Говорила, что «устала сопротивляться», ощущала истощение, безразличие, бессилие. Считала себя виновницей произошедшего несколько лет назад несчастного случая с её педагогом, которая, выходя из автобуса, упала и повредила ногу. Не уточняла, каким конкретно образом связана с травмой этой женщины, которая, будучи подругой матери П., всегда хорошо относилась к больной, опекала её. Повторяла, что не желает никому ничего плохого. На предположение, что ей, вероятно, просто жаль педагога, отвечала, что дело не в жалости, а в чувстве вины передней. Суждения были последовательными, по существу. В поведении проявлялись демонстративность, манерность. Рассказы по картинкам составляла неуверенно, поверхностно. По данным теста СМИЛ были выявлены заострение сензитивно-шизоидных личностных особенностей с повышенной тревожностью и фиксацией на навязчивых мыслях и переживаниях, с включениями и стероидного реагирования, на фоне умеренно выраженного депрессивного настроения с некоторым риском суицида (L = 48 (4), F = 44 (5), K = 68 (22), F-K = -17. Код профиля по Уэлшу: 7"8'32-5 (Hs = 56, D = 65, Hy = 69, Pd = 50, Mf = 43, Pa = 51, Pt = 86, Sch = 72, Ma = 59, Si = 52)). С диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства пролечена амитриптилином перорально (50 мг/сут.) и внутримышечно (20 мг/сут.), гдазепамом (60 мг/сут.), флюанксолом (1 мг/сут.), трифтазином (10 мг мг/сут.), анафранилом (50 мг/сут.), эзопрамом (10 мг/сут.), индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапией. Ссылаясь на недостаточный эффект лечения, попросила провести ей гипнотерапию. После проб на внушаемость (они оказались слабopоложительными) была осуществлена гипносуггестия в форме 10 индивидуальных сеансов с использованием адаптированных для больной формул внушения антиобсессивного, антифобического содержания. Погружение в гипнотический сон было неглубоким — до первой-второй ступени первой стадии по Е.С. Каткову [1, с. 165] и не изменялось по мере проведения сеансов. По окончании внушения П. каждый раз подробно с «каменным лицом» рассказывала, как «совсем не спала и абсолют-

но всё слышала». Тем не менее, настаивала на продолжении гипнотерапии. Сеансы были прекращены в связи с выпиской больной из отделения. После выписки чувствовала себя удовлетворительно на протяжении приблизительно 5 месяцев, затем обсессивные мысли возобновились, снизилось настроение, появились тревога, беспокойство. Повторно лечилась в психоневрологическом отделении. Обсессивная симптоматика носила иррациональный характер, не поддаваясь когнитивной коррекции. Встретив врача, проводившего ранее гипноз, холодно выслушала вопрос о самочувствии, спросила, будут ли продолжаться сеансы, после высказанного мнения о вероятной их нецелесообразности сразу же с кем-то говорила по мобильному телефону. Впоследствии данного врача убедительно просили продолжить гипнотизацию П. обнаружившиеся общие с ней знакомые. Категорический отказ был воспринят с явной обидой. Пролечена эзопрамом (10 мг/сут.), трифтазином (10 мг/сут.), индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапией с диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства.

Через 2 месяца снова находилась в психоневрологическом отделении с прежними жалобами. Не верила в успех лечения, высказывала неуверенность в выздоровлении. При расспросе о навязчивых мыслях становилась слезливой. Определялась дискордантность между предъявляемыми жалобами и общим психическим состоянием. Отмечалась демонстративность поведения. Описывала своё состояние как «приступы навязчивых, насильственных мыслей неприятного содержания, вызывающих чувство вины и причиняющих моральные страдания». При изучении особенностей мышления обнаружены чрезмерная детализация, сложности с определением предметов по классам, склонность к классификации по вторичным (субъективным) признакам, что расценено как отчетливое свидетельство расстройства мышления. Пролечена ципралексом (10 мг/сут.), флюанксомом (1 мг/сут.), гидазепамом (40 мг/сут.), индивидуальной когнитивно-поведенческой и психодинамической психотерапией. Значительная динамика отмечена не была. Создавалось впечатление, что свои переживания П. раскрывает не полностью. В процессе углубленного расспроса удалось выяснить следующее: П. может оказывать влияние на людей, обладая особыми способностями, которые у других (заурядных, обычных индивидуумов) отсутствуют. Воздействие она может осуществлять силой мысли — ей достаточно подумать что-либо о человеке, и это с ним обязательно произой-

дет. Поэтому, обладая такой силой, ей надо вести себя осмотрительно, чтобы ненароком кому-либо не навредить. Говоря, неожиданно улыбнулась. Улыбка была похожа на злорадную, самодовольную, что контрастировало с ранее демонстрировавшимися П. «страданиями» по поводу причинения вреда другим.

Несмотря на обнаруженные проявления инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо на фоне шизоидных личностных черт (по данным теста СМЛ), с учетом, в целом, адаптации больной, диагноз по деонтологическим соображениям изменен не был. В течение последних четырех лет за помощью в психоневрологическую больницу не обращалась.

Больная М., 23 г., студентка вуза. В возрасте 5 лет видела, как в детском саду у одного из детей возникло пищевое отравление, после чего ест только половину порции: «если и отравлюсь, то наполовину». В 9-м классе, поскольку «исчез интерес к учёбе», консультировалась психиатрами, которые «ничего не нашли». Указывает, что 2,5 года назад отмечались резкие изменения настроения, «завершившиеся депрессией», в связи с чем амбулаторно лечилась психиатром (принимала буспирон). Через 0,5 года впервые госпитализирована в психоневрологическое отделение с жалобами на невозможность сосредоточиться, тревожность и апатию. В беседе контакт был формальным. На вопросы отвечала после длительных пауз, часто односложно, но по существу. Отмечались эмоциональная уплощенность, невыразительность. Говорила, что не испытывает привязанности даже к собственным родителям, хотя они её любят. В то же время, расплакалась, узнав, что ей отказано в лечебном отпуске. Боялась людей, поскольку они «могут причинить вред». Вздрагивала, когда в палату входили врачи. Выяснилось, что ранее М. внутри головы один раз слышала «женский крик» и несколько раз — «мужской шепот». Мышление клинически изменено не было. При экспериментально-психологическом исследовании: не использовала латентные признаки для исключения и сравнения понятий, анализа смысла пословиц и поговорок; метод пиктограмм: рисунки адекватны; рисуночный тест «Дерево»: изобразила обычное дерево с крупными листьями и розовыми цветами; профиль СМЛ: шизоидная, аутистическая личность, либо личностные изменения, свойственные шизофрении (8\*270"31'46-59). В отделении по собственной инициативе создала рисунок, в котором, по её словам, отразила собственное состояние. Утверждает, что речь идет о связи с внешним миром.

На вопрос врача, не означает ли антенна с радиоволнами некое воздействие на её пси-



Рисунок больной М. «Связь с внешним миром»

хику, М. возмущённо ответила: «Я понимаю, к чему Вы клоните. Из Интернета знаю, что такое воздействие означает шизофрению. У меня нет шизофрении, и нет никаких воздействий на мою психику. На рисунке показано, что я излучаю сигналы, а не принимаю их». Таким образом, у данной больной феномены инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, мало проявившиеся клинически и экспериментально-психологически, отчетливо обозначились в рисунке [6].

Через 2 месяца после выписки с жалобами на раздражительность, мысли, что она несостоятельна, «какая-то не такая», «расчесывает свое тело» с диагнозом шизоаффективного расстройства депрессивного типа вновь лечилась в психоневрологическом отделении, затем в течение 13,5 месяцев — ещё трижды. Последняя госпитализация была связана с усилением навязчивых действий (расчесывала и травмировала кожу, переживая из-за невозможности прекратить эти действия и необходимости скрывать поврежденные участки тела). Большую часть времени оставалась эмоционально невыразительной, гипомимичной, с монотонной речью. Заявляла о наличии у неё тревоги и беспокойства, которые внешне не проявлялись. Мышление было несколько аморфным. Указывала, что изредка, на высоте тревоги, возникали мысли выброситься в окно, которые оценивала критично. Пролечена амитриптилином (12,5 мг/сут.), трифтазином (2,5 мг/сут.), позитивной, когнитивно-поведенческой психотерапией. Утверждая, что лечение недостаточно эффективно, категорически настаивала на проведении гипнотерапии «с целью устранения тревоги и навязчивостей». Пробы на внушаемость оказались слабоположительными. Использовались

суггестивные формулы седативного, общеукрепляющего характера. Во время сеанса гипноза отмечено погружение до второй-третьей ступени первой стадии по Е.С. Каткову [1, с. 165]. По окончании внушения М. быстро села в позу «по-турецки», полностью выпрямив спину, скрестив руки на груди и, не ожидая расспросов о состоянии во время сеанса, не двигаясь, безапелляционным тоном заявила, что внушение на неё «абсолютно не подействовало: всё слышала, слова не оказывали никакого влияния на психику». Лицо при этом выражало насмешливое превосходство, контрастировавшее со, в целом, эмоциональной уплощенностью М. Затем снова стала аффективно монотонной. На

замечание, что проведение дальнейших сеансов нецелесообразно, реагировала быстрым согласием, снова «победно» усмехнувшись. Выписана с рекомендациями: амитриптилин (12,5 мг/сут.), трифтазин (2,5 мг/сут.) длительно.

Требование гипноза у описанных выше больных может представлять следующая модель. Переживания психотиков и людей, находящихся в гипнотическом трансе, имеют много общего. Это относится и к феномену диссоциации. Фактически как диссоциативные оцениваются процессы, лежащие в основе описанных К. Шнайдером симптомов шизофрении первого ранга [8], т.е., и проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо. При трансе также возникает диссоциация, которую, в частности, йога — с утра описывает как разделение Я на участвующее и наблюдающее. Жизнь участвующего Я наполнена болью и страданиями. Цель медитации состоит в исчезновении этого Я. Поэтому качество диссоциации при психозе и в гипнотическом трансе кардинально различается: в первом случае это крайне болезненный опыт, во втором — достаточно комфортный [8]. При синдроме Кандинского-Клерамбо, как указано выше, появившаяся «вторая» личность отвергает первое Я. Эта новая личность испытывает внешнее воздействие, доставляя страдания больному, который стремится к интегрированному первому «я», обращаясь, в конечном итоге, к гипнозу. Вызывая диссоциацию, гипноз, наоборот, стимулирует активацию новой личности («участвующего Я»), что усиливает страдания больного (психические автоматизмы), а гипноз и проводивший его врач, «побежденный» в борьбе с «участвующим Я», связываются им в сознании больного с данным страданием и причинением вреда его здоровью. При ин-

вертированном варианте данного синдрома новая личность ощущается «незаурядной», способной воздействовать на окружающих. Победа этой личности («участвующего Я») над «конкурентом-психотерапевтом» приносит компенсаторное уменьшение страданий, и пациент может стремиться к новым «состояниям» с гипнотизером, чтобы снова победить и почувствовать некоторое облегчение.

В целом, подход к проблеме требования гипноза должен быть более широким, чем данное описание её специфики при инвертированном варианте синдрома Кандинского-Клерамбо, необходимо учитывать также большое количество других состояний, как психопатологических, так и проявлений здоровой психики. Возможно, анализ указанной проблемы и в дальнейшем будет построен на основе предложенной здесь модели. Требование гипноза можно обозначить как гипнайтию (от др. греч. Ὑπνοσιαιτέω — требовать).

Выводы. В обоих исследованных случаях первично отмечена клиническая неотчетливость ранних проявлений инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо.

Больные изначально обнаруживали заинтересованность в гипнозе, самостоятельно обращались с требованием его проведения, декларативно обосновывая это неэффективностью предшествующего лечения (объективно обусловленной резистентностью симптоматики) и необходимостью воздействия на, в том числе, иррациональные, obsessions (при объективном наличии полиморфного комплекса симптомов, включающего также тревожно-фобические, депрессивные проявления).

Как и в большинстве случаев шизофрении, больные оказались малогипнабельными, т.е., резистентными, в том числе, и к гипнозу.

Специфика реакции на гипноз при инвертированном варианте синдрома Кандинского-Клерамбо заключается в отрицании больными его даже минимальной эффективности (вопреки реальным результатам), а не в ухудшении состояния и обвинении в этом врача. У одной из больных требования гипноза были повторными и весьма настойчивыми.

Предложена модель воздействия гипноза при синдроме Кандинского-Клерамбо на основе феномена диссоциации.

Подход к проблеме требования гипноза должен учитывать большое количество как психопатологических состояний, так и проявлений здоровой психики.

Предложен термин «гипнайтия», обозначающий требование гипноза.

S.V. Titievsky, I.M. Gostiuk, N.V. Poberezhnaja, I.V. Fedorovskaja, G.M. Firsova, A.V. Kravchuk

## THE REQUIREMENT OF HYPNOSIS (HYPNAITIA) IN THE INVERTED VERSION OF THE KANDINSKY-CLÉRAMBULT SYNDROME

**Summary.** Two cases of requirements of hypnosis in young women with presence of early manifestations of the inverted version of the Kandinsky-Clérambault syndrome have studied. The clinical vagueness of manifestations of this syndrome have noted. It were self-reversals of patients with the requirement of performing hypnosis, due to resistance of their symptoms and the need for exposure to obsessions. The studied persons were low hypnotizable, i.e., resistant to hypnosis too. The specificity of the reaction to hypnosis was in denial of these patients of even minimum its efficiency (contrary to the actual results), not in deterioration and in prosecution in it of the doctor. In one patient the requirements of hypnosis were repeated and insistent. The term «hypnaitia», which refers to requirement of hypnosis, and the model of hypnotic effect in the Kandinsky-Clérambault syndrome, based on the phenomenon of dissociation, which can be used in further studies of the problem of requirement of hypnosis in various psychopathological states and manifestations of a healthy psyche, have proposed.

**Key words:** inverted version of the Kandinsky-Clérambault syndrome, hypnosis, schizophrenia

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов, Т.Н. Гипноз. Новейший справочник. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 608 с.
2. Морозов П.В. Синдром Кандинского-Клерамбо: история вопроса // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т. 14. – № 2. – С. 4-8
3. Соколов Р.Е. Манифестные шизофренические психозы у девушек-подростков: (клинико-психопатологические и терапевтические аспекты): автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: специальность 14.01.06 «Психиатрия». – Москва, 2011. – 24 с.
4. Тиганов А.С. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т1 / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – С. 27-78
5. Тиганов А.С. Общая психопатология: Курс лекций. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 128 с.
6. Титиевский С.В., Гостюк И.М., Побережная Н.В., Федоровская И.В., Фирсова Г.М., Кравчук А.В. Значимость рисунка для диагностики инвертированного (активного) варианта синдрома Кандинского-Клерамбо у женщин молодого возраста (на примере клинического случая) // Питання експериментальної та клінічної медицини / Збірник статей. – Вип. 18, Т. 4. – Донецьк, 2014. – С. 185-189
7. Шертук Л. Гипноз: Пер с франц. – М.: Медицина, 1992. – 224 с.
8. Castillo R.J. Trance Functional Psychosis and Culture // Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes. – 2003. – Vol. 66, № 1. – P. 9-21
9. Pyun Y.D. The effective use of hypnosis in schizophrenia: structure and strategy // Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. – 2013. – Vol. 61, № 4. – P. 388-400
10. Spiegel D., Detrick D., Frischholz E.J. Hypnotizability and psychopathology // American Journal of Psychiatry. – 1982. – Vol. 139. – P. 431-437
11. Spiegel H., Spiegel D. Trance and treatment: clinical uses of hypnosis (2nd ed.). – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2004. – 545 p.